

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL
ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE
EMPRESAS

PROGRAMA DE GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

SEGUNDA PROMOCIÓN



T
614
MERe
II Prom - 97

TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO DEL TRABAJO:

POLÍTICAS DE GESTIÓN DE UNA EMPRESA COOPERATIVA
DE SALUD EN LA PARROQUIA LIMONCOCHA, CANTÓN
SHUSHUFINDI, PROVINCIA DE SUCUMBIOS.

REALIZADO POR: GRUPO RESTO DEL PAÍS

Dr. JOHNNY MERCHAN QUIÑONES
Dr. FREDY M. SUÁREZ ALVARACIN

DIRIGIDO POR: Dr. FRANCISCO VALLEJO FLORES

GUAYAQUIL, DICIEMBRE 1997

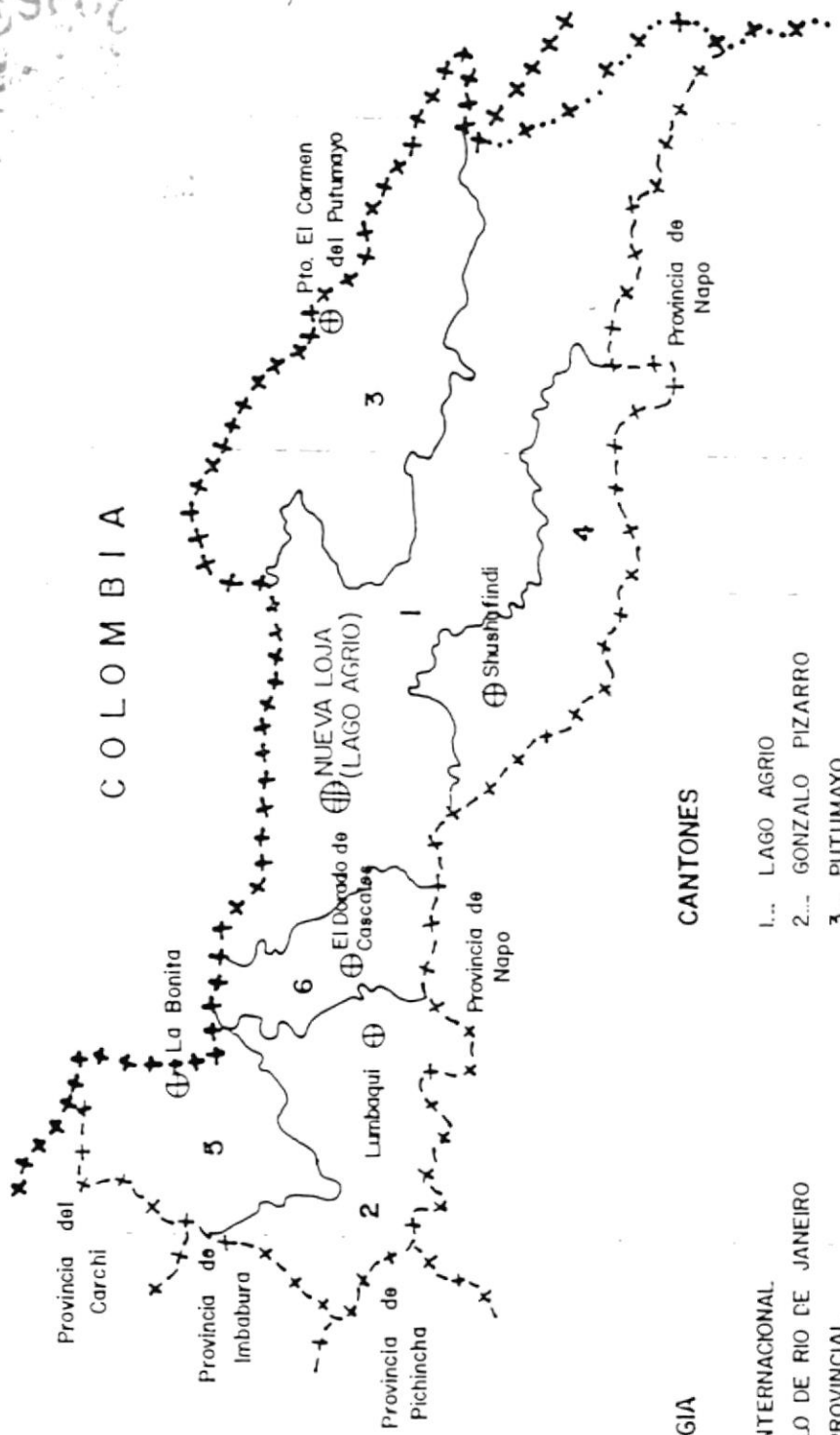
Dedicatoria:

A Erika Licuy

“Un lucero que no alcanzo a ver el mañana”

PROVINCIA DE SUCUMBIOS

ESPOL

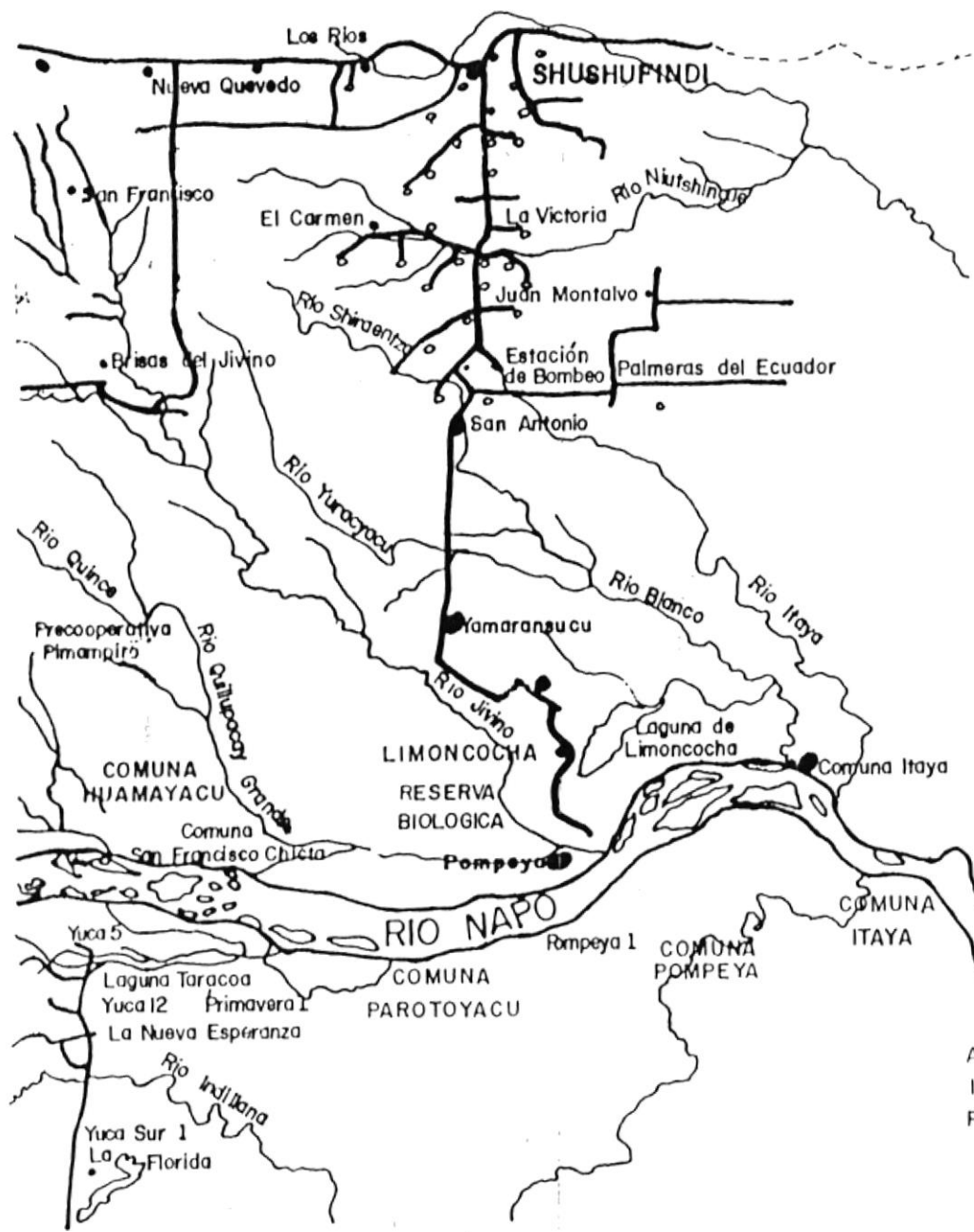


SIMBOLOGIA

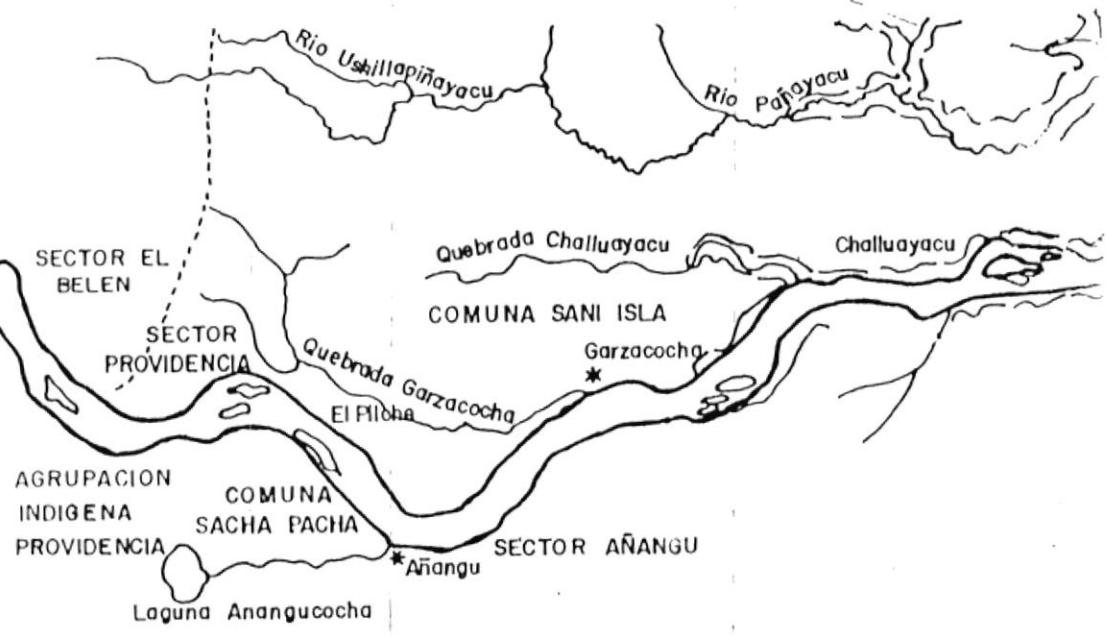
- + + + + LIMITE INTERNACIONAL
- + . . + . . + PROTOCOLO DE RIO DE JANEIRO
- + - - + - - + LIMITE PROVINCIAL
- LIMITE CANTONAL
- ⊕ CAPITAL PROVINCIAL
- ⊕ CADECERA CANTONAL

CANTONES

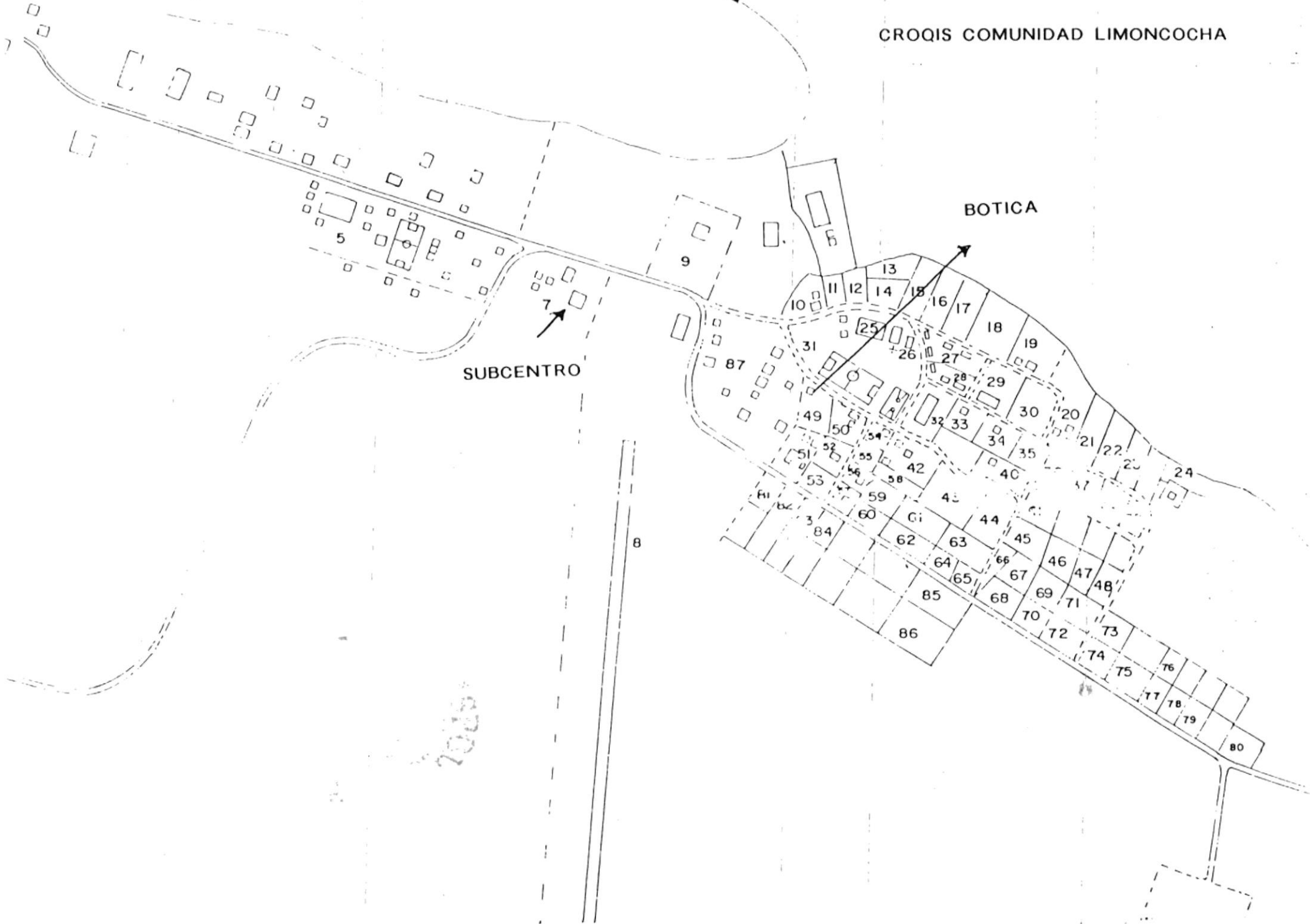
- 1... LAGO AGRIO
- 2... GONZALO PIZARRO
- 3... PUTUMAYO
- 4... SHUSHUFINDI
- 5... SUCUMBIOS
- 6... CASCALES



PARROQUIA LIMONCOCHA



CROQUIS COMUNIDAD LIMONCOCHA



SUMARIO

I. RESUMEN EJECUTIVO	1
II. PROPUESTA	2
III. INTRODUCCIÓN	2
IV. VISIÓN	4
V. ANTECEDENTES	5
VI. FINES	6
VII. APORTES PARA EL TRABAJO	6
VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
IX. HIPÓTESIS	9
X. MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL	9
XI. CONCEPTOS BÁSICOS	10
11.1 COOPERATIVA	10
11.2 SALUD	10
11.3 MICROEMPRESA	10
11.4 SOCIO	11
11.5 ASAMBLEA GENERAL	11
11.6 CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN	11
11.7 VOTO	12
11.8 CONSEJO DE VIGILANCIA	12
11.9 GERENTE	13
11.10 APORTACIONES	13
11.11 CAPITAL	14
11.12 CERTIFICADOS DE APORTACIÓN	14
11.13 EMPRESA	14
11.14 FINANCIAMIENTO	14
11.15 LEY	15
11.16 REGLAMENTO	15
11.17 ECONOMIA	15
11.18 SECTOR INFORMAL	16
11.19 PRE-COOPERATIVA	16
11.20 DIRECCIÓN NACIONAL DE COOPERATIVAS	16
11.21 PRESUPUESTO	16
11.22 EFICIENCIA	17
11.23 EFICACIA	17
11.24 EQUIDAD	18
11.25 EFECTIVIDAD	18
11.26 CALIDAD	19
11.27 SERVICIO	19
11.28 REFORMAS	19
11.29 ESTATUTO	20
11.30 GESTIÓN	20
11.31 CO-GESTIÓN	20
11.32 AUTO-GESTIÓN	20
11.33 AHORRO	20
XII. FACTIBILIDAD	21
12.1 CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA PERFIL SOCIO ECONÓMICO	21
12.2 CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS	23
12.2.1 POBLACIÓN MASCULINA	23
12.2.2 POBLACIÓN FEMENINA	23
12.3 CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES	24
12.4 INDICADORES DE SALUD	26
12.4.1 MORBILIDAD	26
12.4.2 MORTALIDAD INFANTIL	27
12.4.3 FACTORES QUE INCIDEN EN LOS NIVELES DE SALUD DE LA ZONA	28
12.4.3.1 AGUA	28

12.4.3.2 BASURA	28
12.4.3.3 VIVIENDA	29
12.4.3.4 ELIMINACIÓN DE EXCRETAS	29
12.4.4 MEDICINA TRADICIONAL	29
12.5 FACTIBILIDAD SOCIOECONÓMICA	30
12.6 FACTIBILIDAD TÉCNICA	30
12.7 FACTIBILIDAD ORGANIZACIONAL	30
12.8 RECURSOS HUMANOS	31
12.9 FACTIBILIDAD FINANCIERA	31
XIII. PROYECTO	31
13.1 PROCEDIMIENTOS	31
13.2 PROGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN	32
13.2.1 PRIMERA ETAPA	32
13.2.1.1 IMPORTANCIA Y CREDIBILIDAD DE UNA EMPRESA COOPERATIVA DE SALUD	32
13.2.1.2 CAMPOS DE ACCIÓN	34
13.2.1.2.1 COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO	34
13.2.1.2.2 COOPERATIVA DE PRODUCCIÓN	35
13.2.1.2.3 COOPERATIVA DE COMERCIALIZACIÓN	36
13.2.1.2.4 COOPERATIVA DE CONSUMIDORES	37
13.2.1.2.5 COOPERATIVA DE SERVICIOS	38
13.2.1.2.6 COOPERATIVA DE VIVIENDA	38
13.2.1.3 PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN	39
13.2.1.4 REUNIONES INICIALES CON LOS POSIBLES SOCIOS FUNDADORES	40
13.2.1.5 POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS A TOMAR EN SU IMPLEMENTACIÓN	43
13.2.1.6 IMPORTANCIA DE ENFRENTAR LOS PROBLEMAS DE SALUD COMUNITARIA ORGANIZADAMENTE	44
13.2.2 SEGUNDA ETAPA	46
13.2.2.1 REALIZACIÓN DE LA ASAMBLEA CONSTITUYENTE	46
13.2.2.2 EDUCACIÓN COOPERATIVA DE SALUD PARA SOCIOS	46
13.2.2.3 LA MICROEMPRESA Y EL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA	48
13.2.2.4 LOS ORGANISMOS DIRECTIVOS DE UNA PRE-COOPERATIVA	52
13.2.3 TERCERA ETAPA	53
13.2.3.1 ELABORACIÓN DE ESTATUTOS	53
13.2.3.2 PRIMERA ASAMBLEA PARA REVISIÓN DE ESTATUTOS	54
13.2.3.3 SEGUNDA ASAMBLEA PARA REVISIÓN DE ESTATUTOS	54
13.2.3.4 CAPACITACIÓN: FUNCIONAMIENTO DE UNA EMPRESA COOPERATIVA DE SALUD	55
13.2.4 CUARTA ETAPA	58
13.2.4.1 TERCERA Y DEFINITIVA ASAMBLEA PARA LA REVISIÓN DE ESTATUTOS	58
13.2.4.2 ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS A LOS SOCIOS FUNDADORES	58
13.2.4.3 PLAN DE TRABAJO PARA EL PRIMER AÑO	59
13.2.4.4 CAPACITACIÓN: LA COOPERATIVA Y LOS RETOS DE LA ADMINISTRACIÓN MODERNA	60
13.2.4.5 FORMACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD	61
13.2.4.5.1 DEFINICIÓN	61
13.2.4.5.2 OBJETIVO GENERAL	61
13.2.4.5.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	62
13.2.4.5.4 LA ORGANIZACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD	62

13.2.4.5.4.1 LA ELECCIÓN DE LOS MIEMBROS	62
13.2.4.5.4.2 LA REPRESENTATIVIDAD DEL COMITÉ	62
13.2.4.5.4.3 LA DIRECTIVA DEL COMITÉ DE SALUD	65
13.2.4.5.4.4 LAS REUNIONES DEL COMITÉ DE SALUD	65
13.2.4.5.4.4.1 LA FRECUENCIA Y LOS OBJETIVOS	65
13.2.4.5.4.4.2 LAS DECISIONES Y LA PARTICIPACIÓN	66
13.2.4.5.5 LA ORGANIZACIÓN FINANCIERA	66
13.2.4.5.5.1 EL ORIGEN DE LOS FONDOS	66
13.2.4.5.5.2 LA GESTIÓN DE LOS FONDOS	67
13.2.4.5.5.3 LA UTILIZACIÓN DE LOS FONDOS	67
13.2.4.5.6 ATRIBUCIONES Y ACTIVIDADES DE LA LA DIRECTIVA Y SUS MIEMBROS	68
13.2.4.5.6.1 SON ATRIBUCIONES DEL PRESIDENTE	68
13.2.4.5.6.2 SON ATRIBUCIONES DEL VICEPRESIDENTE	69
13.2.4.5.6.3 SON ATRIBUCIONES DEL TESORERO	69
13.2.4.5.6.4 SON ATRIBUCIONES DEL SECRETARIO	69
13.2.4.5.6.5 SON ATRIBUCIONES DE LOS VOCALES	70
13.2.4.5.6.6 SON ATRIBUCIONES DE LOS MIEMBROS DE DERECHO	70
13.2.4.5.6.7 SON ATRIBUCIONES DE LA DIRECTIVA	70
13.2.4.5.7 LA PARTICIPACIÓN Y LA CO-GESTIÓN	70
13.2.4.5.7.1 LA CO-GESTIÓN FINANCIERA RELACIONADA CON LA UNIDAD OPERATIVA Y EL COMITÉ DE SALUD	70
13.2.4.5.7.2 LA CO-RESPONSABILIDAD DEL COMITÉ DE SALUD EN LA GESTIÓN DE PERSONAL	73
13.2.4.5.7.3 LA CO-GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LAS ACTIVIDADES	75
13.2.4.5.7.4 LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE SALUD	75
13.2.4.5.8 DISPOSICIONES GENERALES	76
13.2.5. QUINTA ETAPA	76
13.2.5.1 ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DE TODA LA DOCUMENTACIÓN SOBRE LA LEGALIZACIÓN DE LA COOPERATIVA DE SALUD, EN LA DIRECCIÓN NACIONAL DE COOPERATIVAS	76
13.2.5.2 TRAMITAR LA LEGALIZACIÓN EN LA DIRECCIÓN NACIONAL DE COOPERATIVAS	78
13.2.5.3 ELABORAR LOS REGLAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS INTERNOS, DEFINIR LA ESTRUCTURA ORGÁNICA-FUNCIONAL DE LA EMPRESA COOPERATIVA	79
13.2.5.4 EFECTUAR CAMBIOS O MODIFICACIONES A LOS DOCUMENTOS, DE ACUERDO A LAS SUGERENCIAS DE LOS ORGANISMOS DE CONTROL	91
13.2.6 SEXTA ETAPA	91
13.2.6.1 IMPLEMENTAR Y EJECUTAR EL FUNCIONAMIENTO DE LA EMPRESA	91
13.2.6.2 CAPACITAR A LOS DIRECTIVOS EN ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y ECONÓMICOS	92
13.2.6.3 CAPACITAR A SOCIOS SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LA COOPERATIVA	96
13.2.6.4 DELINEAR LAS ÁREAS DE ACCIÓN DE LA EMPRESA	99
13.2.6.5 EFECTUAR CURSOS BÁSICOS DE CONTABILIDAD	99



Biblioteca Central

13.2.6.6 DETERMINAR CON CLARIDAD LAS FUNCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL. CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN, CONSEJO DE VIGILANCIA Y GERENCIA	102
13.2.6.7 ALTERNATIVAS DE FINANCIAMIENTO A TRAVÉS DE LA SALUD: MICROEMPRESAS	104
13.2.6.7.1 EL ENTORNO MICROEMPRESARIAL	104
13.2.6.7.2 LA VISIÓN MICROEMPRESARIAL	105
13.2.6.7.3 TIPOS DE MICROEMPRESAS	105
13.2.6.7.4 EMPRESAS INDUSTRIALES	105
13.2.6.7.5 EMPRESAS COMERCIALES	106
13.2.6.7.6 EMPRESAS DE SERVICIOS	106
13.2.7 SÉPTIMA ETAPA	107
13.2.7.1 REALIZAR SEGUIMIENTO Y CONTROL	107
13.2.7.2 CAPACITAR A DIRECTIVOS EN ÁREAS ADMINISTRATIVAS EN SALUD. DE ELABORACIÓN DE PROYECTOS, PLANES DE ACCIÓN, PRESUPUESTOS	109
13.2.7.3 CAPACITAR A DIRECTIVOS Y SOCIOS EN ASPECTOS LEGALES, ESPECIALMENTE SOBRE PROCEDIMIENTOS PARLAMENTARIOS	114
13.2.8 OCTAVA ETAPA	115
13.2.8.1 DETERMINACIÓN DE FUENTES DE FINANCIAMIENTO	115
13.2.8.2 ESTRATEGIAS DE SERVICIO EN LA SALUD COMUNITARIA	118
13.2.8.3 CAPACITACIÓN SOBRE LA EFICIENCIA Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE SE BRINDAN	119
13.2.8.4 IMPLEMENTACIÓN DE:	120
13.2.8.4.1 POLÍTICAS ADMINISTRATIVAS	120
13.2.8.4.2 POLÍTICAS FINANCIERAS	121
13.2.8.4.3 POLÍTICAS CREDITICIAS	123
13.2.8.4.4 POLÍTICAS GERENCIALES	126
13.2.8.4.5 POLÍTICAS DE CONTROL INTERNO	129
13.2.8.4.6 POLÍTICAS DE SALUD	133
13.2.8.5 CAPACITACIÓN: ADMINISTRACIÓN DE BOTICA POPULAR COMUNITARIA	134
13.2.9 NOVENA ETAPA	136
13.2.9.1 SEGUIMIENTO	136
13.2.9.2 EVALUACIÓN Y CORRECCIÓN DE DESVIACIONES	137
13.2.9.3 CAPACITACIÓN SOBRE NUEVOS MODELOS DE ADMINISTRACIÓN	140
13.2.9.4 REFORMAS O MODIFICACIONES EN LOS REGLAMENTOS, MANUALES DE ORGANIZACIÓN E INSTRUCTIVOS QUE LA EMPRESA APLICA	141
13.2.10 DÉCIMA ETAPA	142
13.2.10.1 REALIZAR SEGUIMIENTO	142
13.2.10.2 BRINDAR ASESORAMIENTO SOBRE LOS RESULTADOS Y APLICACIÓN DE LA EMPRESA	142
13.2.10.3 EFECTUAR SUGERENCIAS PARA UNA MEJOR ADMINISTRACIÓN, ESPECIALMENTE SOBRE LOS OBJETIVOS QUE PERSIGUE LA COOPERATIVA	143
XIV DESARROLLO DE ACTIVIDADES	144
XV CONCLUSIONES	146
XVI RECOMENDACIONES	151
XVII ANEXOS	152
17.1 ANTECEDENTES	152
17.2 PARROQUIA LIMONCOCHA	156
17.2.1 LÍMITES	156

17.2.2 CLIMA	158
17.2.3 HIDROGRAFÍA	158
17.2.4 COBERTURA VEGETAL	159
17.2.5 FLORA	159
17.2.6 FAUNA	160
17.2.7 POBLACIÓN	162
17.2.8 LOS SHUARAS	166
17.2.9 LOS MESTIZOS	167
17.3 MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL	167
17.3.1 EL HOSPITAL NEUMOLÓGICO ALFREDO VALENZUELA DE GUAYAQUIL ADEMÁS DE PREPARARSE ADMINISTRATIVAMENTE PARA LA AUTOGESTIÓN, ELABORÓ SU PROGRAMA DE AUTOGESTIÓN QUE INCLUYE DESDE NUEVAS OFERTAS AL PÚBLICO HASTA COMO MERCADEARLAS	167
17.3.2 SALUDESA ES UNA ENTIDAD SIN FINES DE LUCRO QUE TIENE COMO OBJETIVO IMPULSAR LA CREACIÓN DE MODELOS DE AUTOGESTIÓN DE LA COMUNIDAD PARA DECENTRALIZAR LA RESPONSABILIDAD EN EL CAMPO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	169
17.3.3 EL SILOS GUAMANÍ (G19)	169
17.3.4 EN SALINAS, UN PEQUEÑO PUEBLO DE LA SERRANÍA ECUATORIANA, CUYO DESTINO SE HA FORJADO A TRAVÉS DE DIVERSOS ACONTECIMIENTOS SOCIALES, POLÍTICOS Y ECONÓMICOS	172
17.3.5 LA INTRODUCCIÓN DE LAS TARIFAS EN EL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, QUITO, ECUADOR	180
17.3.6 EL HOSPITAL PÚBLICO Y LOS PROFESIONALES ANTE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD: ROL DEL HOSPITAL PÚBLICO	184
17.3.7 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN DE UNA MUESTRA SELECCIONADA DE MUNICIPIOS SALUDABLES DE AMÉRICA LATINA	187
17.3.8 CREAR CIUDADES SANAS EN EL SIGLO XXI	195
17.3.9 LOS MUNICIPIOS SALUDABLES DE AMÉRICA LATINA	201
17.3.10 UNA VISIÓN DE FUTURO DE LA PROMOCIÓN DE SALUD	207
17.3.11 MUNICIPIOS SALUDABLES	211
17.3.12 PROSAPLAN. MODELO ALTERNATIVO DE SALUD	212
17.3.13 PROPUESTA DE CONFORMACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS ALTERNATIVOS DE LA SALUD	215
17.3.14 CAPACITACIÓN E INTEGRACIÓN DE PROMOTORES RURALES DE SALUD	217
17.3.15 LA INTEGRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS COMUNIDADES RURALES	218
17.3.16 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EL CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREÍCAS	219
17.3.17 EL COMITÉ INTERSECTORIAL DE SALUD	221
17.3.18 MODELO DE SUBSIDIO FOCALIZADO	222
17.3.19 LA SALUD SE REORIENTA HACIA LA COGESTIÓN	223
17.3.20 PLAN DE GESTIÓN EN EL SECTOR SALUD	223
17.3.21 HOSPITAL: EL DINERO SE VA EN LOS SUELDOS	224
17.3.22 HOSPITALES DEL IESS SIGUEN INCOCLUSOS	224
17.3.23 COBRO EN HOSPITALES	227
17.3.24 POLEMICA EN HOSPITALES	228
17.3.25 QUIEN SALVA A LA MATERNIDAD	229
17.3.26 COGESTIÓN PARA FINANCIAR HOSPITALES	232
17.3.27 PÚBLICO DEBERA PAGAR POR SU SALUD	234
17.3.28 TODO SE COBRA	237

17.3.29	MINISTRO DE SALUD RATIFICARA CONVENIO COGESTIÓN HOSPITALES	238
17.3.30	IESS SE AUTOFINANCIAN	239
17.3.31	DOS CARAS Y UNA MISMA MONEDA	240
17.3.32	HOSPITALES DEL IESS SE MODERNIZARAN	241
17.3.33	AZOGUES: UN EJEMPLO DE ATENCIÓN COMPARTIDA	242
17.3.34	RIGUROSIDAD TECNOCRÁTICA: LA SALUD	243
17.3.35	SUBEN TASAS EN ÁREAS DE SALUD Y FERROVIARIA	244
17.3.36	BARRIOS, PRIMERO A PLANIFICAR	245
17.3.37	UN MINISTRO NEUROLOGO	247
17.3.38	DOS PUNTOS ESENCIALES	249
17.3.39	LA CRISIS DE LA SALUD	250
17.3.40	ESMERALDAS: UN HOSPITAL EN COMA	251
17.3.41	COGESTIÓN LLEGA A LOS HOSPITALES	253
17.3.42	LA AUTOGESTIÓN	255
17.3.43	PLANES DE SALUD	255
17.3.44	HOSPITAL GUAYAQUIL CAMINA AL ABISMO	256
17.3.45	ADONDE VA SU PAGO AL HOSPITAL	257
17.3.46	LA DESCENTRALIZACIÓN SE INICIÓ CON LO FINANCIERO	258
17.3.47	EL ECUADOR EN LOS HOSPITALES	260
17.3.48	LA SALUD, MÁS ALLÁ DEL PARO	261
17.3.49	EL NUEVO ESQUEMA: LA PROPUESTA Y SU ESCENARIO	262
17.3.50	AUTOFINANCIAMIENTO EN SALUD COMUNITARIA	265
17.3.51	MODERNIZACIÓN, TABLA DE SALVACIÓN DEL SECTOR SALUD	266
17.3.52	LOS HOSPITALES YA NO SERAN GRATUITOS	269
17.3.53	RECHAZAN AUTOGESTIÓN EN LOS HOSPITALES	271
17.3.54	LA AUTOGESTIÓN EN LOS HOSPITALES	272
17.3.55	APRUEBA QUE LOS HOSPITALES PÚBLICOS COBREN POR SUS SERVICIOS	273
17.3.56	PALACIOS: COBRAR POR ATENCIÓN NO SOLUCIONARA CRISIS	274
17.3.57	RENOVARAN CONVENIO PARA SALUD	275
17.3.58	QUIEN DEBE MANEJAR LA PLATA	276
17.3.59	ELABORAN TARIFARIO PARA PAGOS EN HOSPITALES	279
17.3.60	LA ANGUSTIA DE LA COGESTIÓN	280
	XVIII. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	

POLITICAS DE GESTION DE UNA EMPRESA COOPERATIVA DE SALUD COMO ALTERNATIVA DE AUTOGESTION COMUNITARIA: En la Parroquia Limoncocha, Cantón Shushufindi, Provincia de Sucumbios.

“Debo crear un sistema o me veré esclavizado por el de otro hombre.

No razonaré ni compararé; mi tarea es crear”.

William Blake



I. RESUMEN EJECUTIVO:

La elaboración de esta temática denominada “EMPRESA COOPERATIVA DE SALUD LIMONCOCHA”, nos ha permitido aplicar todos y cada uno de los conocimientos adquiridos en los distintos módulos del Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud, emprendido por la Escuela de Postgrado en Administración de Empresas (ESPAE).

La crónica y cada vez más agobiante crisis que vive el sector de la salud en el Ecuador, no es sino un indicador o una expresión más del deterioro general del país en donde existen múltiples necesidades no satisfechas que le otorgan una condición de atraso y subdesarrollo.

El caos del sector y la mala prestación del servicio de salud es sólo una señal que, junto con otras, revelan el precario y atrasado estado general de nuestra sociedad, de modo que toda acción encaminada a tratar de aplacar esta crisis, debe ser acogida de la mejor manera y que luego de un análisis minucioso, debe ser APLICADA y EJECUTADA, con el único y noble afán de preservar el tesoro máspreciado que tiene todo ser humano: el de la Salud.

Este objetivo, es lo que persigue la formación de la Empresa Cooperativa de Salud de Limoncocha, para lo cual contamos con la decidida, democrática, deliberante y activa PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, entendiéndose esta no como una acción que

reemplace al poder central, sino más bien que como ente conocedor de su propia problemática, sea el arquitecto de su propio destino. (Amado Nervo).

Para poder llevar a cabo esta dura tarea, la Cooperativa se valdrá de: el involucramiento de la Comunidad en el diagnóstico de salud de la comunidad, en la planeación, ejecución y evaluación de proyectos y programas de salud; la autogestión y la cogestión (con el MSP, INEFAN, FFAA, Occidental Petroleum Company, Instituto Intercultural Bilingüe Limoncocha, CEMEIN, Municipio de Shushufindi, etc.); la formación de microempresas (Botica Popular, Proyecto Turístico Etnomédico, manejo de abono orgánico a partir de los desechos biodegradables, huertos hidropónicos, proyectos de comercialización, etc., las cuales, a más de solucionar algunos problemas de salud, proporcionaran a los servicios de sanidad, el aporte económico requerido.

Por último queremos recalcar que este trabajo quiere ser eminentemente **PRACTICO** y **APLICABLE** al nivel de las áreas locales de salud, donde creemos que es el lugar donde se solucionarían los complejos problemas de salud que amargan a la sociedad ecuatoriana.

II. PROPUESTA:

Esta temática tiene la intención de ser una alternativa de **INTERVENCION** y **PARTICIPACIÓN COMUNITARIA**, en la solución de la problemática de salud de la zona de Limoncocha, Cantón Shushufindi, Provincia de Sucumbios, a través de la creación de una Empresa Cooperativa de Salud, con el antecedente de que concomitantemente se estarán llevando a cabo las acciones que justifiquen plenamente la propuesta teórica expuesta

III. INTRODUCCION:

El país actualmente, está atravesando por una crisis política, económica, social y moral, que influye en el desarrollo adecuado de todos los ecuatorianos, especialmente en las áreas sociales como son la salud y educación.

Esta crisis se ensaña principalmente con los pobres (más de la mitad de los ecuatorianos) y especialmente con los niños (convirtiéndoles en seres de aspecto triste, físicamente deteriorados, cuyo impulso biológico ha disminuido notablemente).

Por otro lado el Ministerio de Salud Pública, por diversas razones no puede satisfacer las necesidades más elementales de todos los ciudadanos, sobre todo los que viven en las áreas rurales; de ahí que, se hace necesario implementar proyectos de autogestión, con la participación activa de la comunidad, con el fin de tratar de mejorar la calidad de vida de los comuneros.

La crisis económico social, y las perspectivas de la misma, ha motivado que se produzca un proceso de reestructuración orgánica del Estado en general y del Sector Salud en particular; implementándose estrategias para desarrollar metas que permitan alcanzar Salud para Todos.

El reto de salir de la pobreza y dar salud, ha motivado a ejecutar acciones tales como el desarrollo de una Empresa Cooperativa de Salud en Limoncocha, como mecanismo alternativo de solución a la problemática presentada y cuyo planteamiento teórico es el objeto de la presente "Tesina".

Para alcanzar las mencionadas políticas se ha partido de que la investigación acción, sea realizada por los interesados, llevándose a cabo la reflexión individual y colectiva acerca de los problemas; de tal manera que quienes participen se apropien del nuevo conocimiento, produzcan conocimientos para su utilización y generalización, generando una acción organizada para resolver los problemas y modificar sus causas, asumiendo en otras palabras la condición de ciudadano con derecho a la información y capacidad de decisión. Asumiendo en concreto una nueva cultura, y desarrollando su capacidad de liderazgo con capacidad de transformación del medio social.

Lo importante es que se trata de implementar políticas que priorizan el ámbito local, basadas en la participación de la comunidad, de tal manera que todos los actores sociales

presentes el espacio local intervengan directamente en la gestión sanitaria; identificando los problemas y asumiendo la responsabilidad de diseñar, validar y poner en práctica las soluciones acordadas de manera concertada, reorientando la acción sanitaria y conduciendo el proceso hacia la salud integral con acciones adecuadamente articuladas entre el Estado y la Sociedad.

Este trabajo consta de: Antecedentes (ubicación del ser humano, dentro del contexto universal; el compromiso del ser humano, respecto a la salud; breve síntesis de la situación de salud en el país en general y de Limoncocha en particular.etc.); Justificativos; Fines; Aportes para las labores a desarrollarse en el área de acción; Revisión Bibliográfica de temas relacionados con Proyectos de Autogestión en Salud; Conceptos básicos, en especial sobre Cooperativismo; Visión; Programa de Implementación de una Cooperativa de Salud; La Factibilidad para realizar el Proyecto; Recomendaciones y Conclusiones.

A manera de justificación, esta propuesta quiere ser eminentemente **PRACTICA**; la mayor parte de las ideas manifestadas aquí han sido pensadas y expresadas por muchos eruditos una y otra vez; sin embargo, las hacemos nuestras, el momento que consideramos que se pueden convertir en estrategias que siendo debidamente aplicadas harían de los servicios de salud más eficaces, eficientes, efectivos y equitativos.

Por último, sin pretender en lo más mínimo, criticar a los teóricos, consideramos que ya es hora de **APLICAR** todo ese badeje infinito de conocimientos, a nivel de las áreas locales, tratando de que en la razón y en el corazón de los comuneros se conviertan en esperanzas de un mañana mejor.

IV. VISION:

A través de la participación Comunitaria (como ente responsable de su propio destino) y en coordinación con el MSP, lograr una comunidad autogestionaria, que posea un sistema de salud eficiente, eficaz, equitativo y efectivo, que mejore la calidad de vida de los miembros de la comunidad y sirva para revalorizar su cultura

V. ANTECEDENTES:

Antes de abordar cualquier actividad humana (salud, en este caso particular) debemos en primer lugar ubicar al hombre dentro de todo el contexto universal y tratar de explicar las diversas relaciones que este y sobre este ejerce tanto el micro como macrouniverso.

Desde que el hombre apareció sobre el planeta, se caracteriza por mostrar peculiaridades que le hacen un ser muy especial, y es así como vemos que: el hombre es un ser complejo, desde cualquier punto de vista (filosófico, ecológico, social, antropológico, teológico, etc.), lleno de expectativas, que para su satisfacción requiere llenar sus necesidades básicas (hambre, sed, reposo, etc.), de seguridad, sociales, de autoestima y de autorealización y que su comportamiento depende no solo de factores intrínsecos sino también extrínsecos (Maslow).

En segundo lugar, es necesario recalcar el compromiso social del ser humano respecto a la salud, subrayando que la salud constituye uno de los derechos básicos del hombre, reconocido por las más antiguas civilizaciones y ratificado en los diferentes tratados nacionales e internacionales: sean estos, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, Alma Ata, la Constitución Ecuatoriana, etc. y,

En tercer lugar, esbozar la situación de la salud de la población ecuatoriana, que tiene ribetes de retraso en su desarrollo y en algunos casos un notable deterioro como reflejo de la crisis económica y social de los últimos años. Esta crisis se caracteriza por un deficiente crecimiento económico, debido a un deteriorado crecimiento del producto nacional bruto (PNB) per cápita, a una alta tasa de inflación y a un aumento alarmante de los niveles de pobreza, lo que da como resultado la agudización del desempleo y subempleo, y el empeoramiento de la calidad de vida, especialmente de los grupos de menores ingresos.

Lo anotado en el anterior párrafo, explica las altas tasas de desnutrición infantil, con su inseparable socio, la mortalidad infantil, el grave déficit de servicios básicos, en especial agua potable y alcantarillado, particularmente en el sector rural, los altos niveles de

morbilidad, mortalidad materna, etc. Que dibujan en nuestro querido país un panorama desolador inmerso dentro de un hermoso paraíso.

Limoncocha, es una parroquia, de la amazonia ecuatoriana, que no es exenta de esta triste realidad y lo que es más grave tiene otras taras como son la escasa o nula participación comunitaria y el arraigado paternalismo, que muchas ocasiones ha impedido el desarrollo social – económico y de salud de la población.

VI. FINES:

Lograr la formación y creación jurídica de una empresa cooperativa orientada a atender los requerimientos de salud en los sectores de la parroquia de Limoncocha y sus alrededores. Buscando para el efecto fuentes de financiamiento entre sus propios socios y de otros organismos que se identifiquen con el bienestar económico y social de dichos habitantes; además, con la creación de microempresas buscaremos la capitalización de la Empresa Cooperativa y el adelanto económico y social de sus socios.

VII. APORTES PARA EL TRABAJO:

- 1) Integración de la comunidad al proceso de salud, como ente participativo directo tanto en la identificación de la problemática como también en la solución de la misma.
- 2) Obtención de recursos financieros que faciliten la realización de los distintos planes y proyectos de salud existentes en la zona.
- 3) Mejorar la calidad de atención en salud.
- 4) Dentro de la ejecución del proyecto, están contemplados microproyectos para obtener recursos económicos que mejorarían el poder adquisitivo de las familias, los cuales bien canalizados mejoraran las condiciones de salud de la comunidad (alimentación, vivienda, vestido, etc.), etc.

VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En este punto de la tesina, se tratara de identificar los problemas de los grupos indígenas asentados en la Parroquia de Limoncocha, la cual se encuentra ubicada en el Cantón Shushufindi, Provincia de Sucumbios; previamente se enfocara globalmente la actual situación de los pueblos indígenas de América, del Ecuador, para finalmente centrarnos en Limoncocha.

A pesar de que las poblaciones autóctonas de las Américas suman más de 42 millones de habitantes, distribuidas en 400 etnias, representan alrededor del 6% de la población del continente americano y algo menos del 10% de la de América Latina y el Caribe, se cuenta con información muy escasa sobre su estado de salud. Su situación no se ha considerado diferente de la de otros grupos vulnerables y su presencia ha tenido poca o ninguna influencia en los proyectos nacionales de salud y desarrollo. Sabemos, sin embargo, que la imposición de culturas extranjeras ha llegado casi a invalidar sus ideas, creencias y valores fundamentales, y a anular el sentido de identidad sobre el cual se establecen estructuras sociales y medios de vida prósperos. La privación, el hambre y la enfermedad, compañeras implacables de nuestros pobres, se ensañan especialmente en los indígenas, que ocupan el peldaño socioeconómico más bajo de nuestra sociedad. Poseedores de lenguas y culturas diversas originarias del hemisferio desde tiempos inmemoriales, se han convertido en parias que apenas osan reclamar sus derechos. En América Latina y el Caribe forman parte de los 140 millones de personas sin acceso permanente a los sistemas convencionales de salud.

En el plano local, podemos decir, que la sociedad ecuatoriana se caracteriza por conflictos socioeconómicos culturales que se manifiestan, de manera inobjetable, en los niveles de salud-enfermedad y en la evolución de su perfil epidemiológico. Los años de alta disponibilidad de recursos económicos originados en la explotación petrolera quedaron atrás pero, por desgracia, permanecen profundos vacíos en la satisfacción de las necesidades básicas de la mayoría de la población.

Como se ha evidenciado a través de múltiples estudios, la población indígena del Ecuador, acusa los niveles de salud más deteriorados que el resto de sectores, la incidencia de enfermedades causadas por las paupérrimas condiciones de vida afecta a la mayoría de los miembros de las comunidades rurales y, con la acelerada migración del campo a la ciudad, también esta presente en la población de barrios suburbanos. “La situación de pobreza de las poblaciones indígenas es peor que la del resto de la sociedad en todo el continente. Las condiciones de vida, el ingreso per cápita, el empleo, la educación, el acceso a los servicios básicos como agua, saneamiento y salud, las condiciones de vivienda y la disponibilidad de alimentos son inferiores a los promedios nacionales. La población indígena en nuestro país, tiene el riesgo más alto de enfermar y morir que el resto de la población ecuatoriana. Se ha estimado un riesgo de morir de 2.24% más alto en los cantones que tienen porcentajes de población indígena mayor al 20% en relación con aquellos que tienen menos del 5% (José Suárez).

A la visita de numerosas comunidades indígenas es evidente la crítica situación económica, sanitaria y de salud. Análisis de las Estadísticas Vitales en el ámbito nacional escasamente permiten identificar la situación de morbi-mortalidad de la población indígena, en la medida que no registran información de etnicidad, sino mediante aproximaciones indirectas. Esta situación limita las posibilidades de identificar las grandes desigualdades existentes aún en las posibilidades de enfermar y morir, que afectan mas seriamente a varios grupos poblacionales del Ecuador.

Por último debemos mencionar que Limoncocha es asiento de diversos grupos culturales: quichuas (predominantemente), shuaras y mestizos; que presentan un perfil epidemiológico no muy alentador: altas tasas de mortalidad infantil, bajas coberturas de atención, carencia de servicios básicos mínimos viales (agua, luz, alcantarillado, manejo de desechos, etc.), etc. Que la convierten en una población muy susceptible de sufrir retraso en su desarrollo socio – económico.

IX. HIPOTESIS:

Con la formación de una Cooperativa de salud, obtendremos una mayor participación comunitaria, la cual, estaría involucrada en el proceso de salud enfermedad y en la toma de decisiones para resolver sus problemas; además, se formarían nuevos líderes, se fomentaría la autogestión, se generarían empleos, se “evitaría” el paternalismo y mejoraría la salud de los pobladores de la comunidad de Limoncocha

X. MARCO TEORICO CONCEPTUAL:

Haremos una revisión bibliográfica de los temas concernientes a participación comunitaria, autogestión y cogestión en asuntos de salud (ver anexos), al igual que describiremos un glosario de las principales definiciones utilizadas en este trabajo:

Existen varias formas y varios tipos de protagonistas que interpretan y ejecutan de buena o mala manera la Participación Comunitaria, la Autogestión y la Cogestión y así tenemos:

- Los hospitales del estado, con sus planes de gestión, autogestión y cogestión, algunos aventurados por sus propias decisiones y otros abalizados por el gobierno central.
- Los hospitales estatales, con sus anuncios tarifarios, por el servicio brindado, igualmente algunos aventurados a su suerte y otros con el consentimiento del gobierno.
- ONGs, que alientan la Reforma en Salud, que practican la Promoción, la Prevención, la APS, el desarrollo social, la intersectorialidad, la democratización en salud, la formación de microempresas, etc.
- La Municipalización de la Salud, con sus alternativas de Municipios y Ciudades Saludables.
- La Conformación de Redes Multiplurales de Servicios.
- Proyectos y Programas directos entre el MSP y las Comunidades.
- Planes de Modernización, descentralización y Desarrollo Institucional.
- Convenios Internacionales.
- Autogestión directa o propia de la Comunidad.
- Intervención de Centros de Educación Superior.
- Promesas y Promesas por parte de funcionarios oficiales y no oficiales, etc., etc., etc.

XI. CONCEPTOS BASICOS:

11.1 COOPERATIVA:

Una cooperativa es una sociedad organizada voluntariamente por un grupo de personas para servirse a sí mismas y a la comunidad. Su desarrollo tiene como base la ayuda mutua y la seguridad de que sus socios trabajarán juntos por el bien común. De acuerdo con estos fines, las cooperativas no persiguen propósitos de lucro, sus objetivos pueden variar de acuerdo con las necesidades del grupo que las organice, pero, en general, su propósito general, su propósito principal es prestar el mejor servicio a sus socios. Esta es la mayor diferencia entre las empresas privadas y las cooperativas, pues en general, el principal objetivo de las demás empresas es la ganancia.

La cooperativa también se distingue por su espíritu profundamente democrático, amplio, en ella todos participan. Su control se mantiene totalmente en manos de sus socios, ya que éstos son sus verdaderos y únicos dueños. A tal efecto, se reúnen en asamblea general para discutir sus problemas y desarrollar juntos sus actividades. Los socios participan de los excedentes del mismo modo que gozan de sus servicios, sin que haya privilegios para nadie, en un ambiente de justicia y amistad.

11.2 SALUD:

Estado de completo bienestar BIO-PSICO-SOCIAL, con el cual el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.

11.3 MICROEMPRESA:

Unidad de producción de bienes y servicios, manejada por una o dos personas (negocio). También son microempresas los negocios o talleres donde hay un máximo de 5 operarios y cuyos activos son inferiores a los 100 salarios mínimos vitales.

Una micro-empresa puede ser familiar, individual o una sociedad. Puede estar localizada en la casa, en un local arrendado o un sitio prestado. Esta última no es la mejor alternativa, pues atentará contra la estabilidad y permanencia del negocio.

Para evitar el peligro de aislamiento y del individualismo, se puede asociar con colegas, sean artesanos, con cooperativas, con la Junta Nacional del Artesano, con organizaciones barriales, etc. Esto da beneficios legales y de crédito.

En el Ecuador, el 50% de las microempresas son dirigidas por mujeres.

11.4 SOCIO:

Persona asociada con otra para un fin. Individuo de una sociedad o agrupación de individuos. Compañero, consorte. Capitalista: el que aporta capital a una empresa o compañía. Industrial: el que aporta a la compañía o empresa servicios personales. Cooperativista: conjuntamente con otras personas de menor, igual o mayor poder económico se asocia para emprender un propósito sin fines de lucro y de beneficio mutuo.

11.5 ASAMBLEA GENERAL:

Es la máxima autoridad de la cooperativa, y sus decisiones son obligatorias para todos los socios. Estas decisiones se tomarán por mayoría de votos. En caso de empate, quien presida la Asamblea tendrá voto directamente.

11.6 CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN:

Es después de la Asamblea de socios, el organismo más importante de la cooperativa. Sus funciones principales son las de dirigir, administrar y supervisar el funcionamiento de la cooperativa y mantener informados a los asociados de sus operaciones y logros. El Consejo de Administración formula los planes de desarrollo de la cooperativa; decide sobre la admisión y expulsión de socios, vela porque los funcionarios lleven los registros y

documentos necesarios y realiza las funciones relativas a la representación de la cooperativa ante otros organismos y entidades. El Consejo de Administración puede crear comisiones de carácter temporal para asignarles tareas especiales dentro de su campo de operaciones.

11.7 VOTO:

Parecer o dictamen que se da en una junta, en orden a la decisión en un punto o elección de un sujeto. Dictamen o parecer dado sobre una materia. Persona que da o puede dar su voto. De censura: el que emiten las cámaras o corporaciones negando su confianza al gobierno o junta directiva. De confianza: aprobación que las cámaras dan a la actuación de un gobierno en determinado asunto.

11.8 CONSEJO DE VIGILANCIA:

Es un organismo especial de la cooperativa. Es responsable directamente ante la Asamblea General a quien tiene que informar de sus actividades. Su misión principal es servir como cuerpo supervisor de los funcionarios y empleados de la cooperativa, señalar las deficiencias encontradas en las operaciones de éstos y, de ser necesario, convocar a reuniones especiales de la Asamblea de Socios para informar de sus intervenciones. El Consejo de Vigilancia pone especial atención en el manejo de los fondos económicos de la cooperativa y tiene poder para oponerse a las decisiones del Consejo de Administración cuando juzgue que tales decisiones no están de acuerdo a las normas legales o reglamentarias de la cooperativa.

Cuando surgen discrepancias entre el Consejo de Administración y el Consejo de Vigilancia por no llegar a acuerdos sobre sus decisiones, estos organismos deben apelar a la Asamblea General para que, conocida la situación, se tome la decisión o se emita el fallo que se crea más prudente. El fallo emitido por la Asamblea General es definitivo.

11.9 GERENTE:

El Gerente y los demás empleados de la Gerencia, están llamados a cumplir con las disposiciones que señala la Asamblea General, el Consejo de Vigilancia y el Consejo de Administración. En otras palabras, el Gerente trabaja para estos organismos y sus funciones son supervisadas por ellos. Las tareas principales del Gerente se desenvuelven en el campo de operaciones y servicios que presta la cooperativa y debe velar por los pequeños detalles que surgen diariamente de la prestación de estos servicios. El Gerente es responsable directamente ante el Consejo de Administración, pero también tiene que respetar las recomendaciones del Consejo de Vigilancia.

La selección y contratación del Gerente es función que la Asamblea General delega en el Consejo de Administración. En esta forma el Consejo de Administración tiene plena libertad para nombrar y destituir al Gerente cuando estime que éste no está actuando de acuerdo con los mejores intereses de la cooperativa. Para hacerlo el Consejo no tiene que consultar a la Asamblea General, aunque sí debe informarle de los motivos de su decisión.

El cargo de Gerente es muy importante en la cooperativa y su conocimiento y destreza requiere que la selección de la persona que ocupe dicho cargo se realice con sumo cuidado. Puede darse el caso que una cooperativa seleccione para el cargo de Gerente una persona que no es socia de la cooperativa pero que reúne los méritos especiales para ser un buen Gerente.

11.10 APORTACIONES:

Contribución. Acción y efecto de depositar aportes a la sociedad, institución, cooperativa, etc. Llevar cada cual la parte que le corresponde a la sociedad.

11.11 CAPITAL:

Valor permanente de lo que ocasiona rentas, intereses o frutos. Elemento o factor de producción, formado por la riqueza acumulada, que en cualquier aspecto se destina de nuevo a aquella unión del trabajo y de los agentes naturales. Circulante: Que se consume inmediatamente o se transforma en otro bien: materias primas, bienes acabados, o semiacabados, energía, etc. Fijo: parte del capital constituida por toda clase de bienes no directamente destinados al consumo, pero sí decisivos para el desarrollo del proceso productivo.

11.12 CERTIFICADOS DE APORTACIÓN:

Bonos que legalizan jurídicamente el aporte o contribución del socio a la cooperativa. Su valor está determinado por la Asamblea general, al igual que su periodicidad. Estos son nominativos, indivisibles y de igual valor, que serán transferibles sólo entre socios o a favor de la cooperativa, previa autorización del Consejo de Administración.

11.13 EMPRESA:

Sociedad mercantil o industrial. Es una entidad integrada por el capital y el trabajo, como factores de la producción, y dedicada a actividades industriales, mercantiles o de prestación de servicios. Pueden ser públicas, privadas, multinacionales, sociedades anónimas, etc.

11.14 FINANCIAMIENTO:

Recursos líquidos o medios de pago a disposición de una unidad económica para hacer frente a sus necesidades dinerarias.

11.15 LEY:

Regla y norma constante e invariable de las cosas. Precepto o dictado por la suprema autoridad, en que se manda prohibe una cosa. Disposición votada por el parlamento y sancionada por el jefe del estado. Conjunto de leyes, o cuerpo del derecho civil. Reglas de conducta basadas en la recta razón del hombre y la sociedad. Las leyes pueden ser de tres tipos: constitucionales o fundamentales, que regulan la organización y el funcionamiento de las diferentes comunidades jurídicas, y emanan del poder legislativo; ordinarias, que representan las fuentes más abundantes del derecho; y los reglamentos, subordinados a la ley y dictados por el poder ejecutivo central y los poderes locales.

11.16 REGLAMENTO:

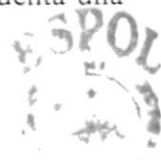
Colección ordenada de reglas o preceptos. Norma, emanada del poder ejecutivo, cuya finalidad es desarrollar los preceptos de una ley.

11.17 ECONOMIA:

Actividades de una colectividad humana en lo que concierne a la producción y consumo. Estructura o régimen de una organización o institución. Originariamente, era la ciencia de la adquisición de la riqueza. Su base es la escasez de bienes y la multiplicidad de necesidades. Actualmente se define como la ciencia que estudia e indica los medios que una colectividad ha de emplear para aumentar su propia riqueza, analizando las leyes que regulan el empleo de los medios y la aplicación de los fines: qué y cuánto hay que producir, dados unos recursos; cómo debe producirse; cómo han de distribuirse los productos entre los individuos de la colectividad.

En relación con estos problemas surgen los grandes sectores de la economía: la producción, la distribución, el intercambio y el consumo, más, actualmente, el desarrollo en sí. El análisis de las tendencias generales de estos problemas y de su correlación dará lugar a la teoría de la económica. La política económica tratará de ordenar el funcionamiento de los

diversos sectores de una economía. El estudio del nivel de los medios con que cuenta una zona, región o país dará lugar a la estructura económica.



11.18 SECTOR INFORMAL:

Parte del sector económico de la sociedad que genera economía independientemente, sin depender de entidades formales, sean públicas o privadas, ejemplo: vendedores ambulantes, micro-empresa, etc.

Se les denomina así, porque no acceden a los mecanismos financieros formales como son los bancos, mutualistas cooperativas, financieras, etc.; más bien acceden a prestamistas que en la práctica impiden el crecimiento de un negocio por los altos intereses que cobran. También interviene en la falta de crecimiento la inadecuada capacitación y asesoría.

11.19 PRE-COOPERATIVA:

Es la organización de un grupo de personas o socios que buscan un bien común. Es el paso previo a la conformación de una cooperativa; es decir, esta estructurándose debidamente, organizando sus cuadros administrativos, capacitando a sus socios, e inscribiendo jurídica y legalmente a la organización.

11.20 DIRECCIÓN NACIONAL DE COOPERATIVAS:

Entidad Estatal, dependiente del Ministerio de Bienestar Social, que regula y normatiza el normal desenvolvimiento de las Cooperativas.

11.21 PRESUPUESTO:

Supuesto o suposición. Computo anticipado del coste de una obra, y también de los gastos o de las rentas de un hospital, ayuntamiento u otro cuerpo, y aún de los generales de un Estado o un departamento.

11.22 EFICIENCIA:

Expresa la relación entre los resultados obtenidos en un programa de salud/actividad y los esfuerzos realizados en términos de los recursos utilizados. Analiza si los beneficios del programa son suficientes en relación con los costos incurridos. Si los beneficios del programa son más o menos costosos por unidad de resultado que los beneficios alcanzados por otros programas que tienen los mismos objetivos.

Se refiere a la característica de un proceso, de alcanzar un resultado determinado con una menor utilización de algunos de los recursos utilizados en algún proceso de producción alternativo.

Mide la relación entre el resultado conseguido y el esfuerzo invertido en dinero, recursos y tiempo. Proporciona la base para la utilización per cápita de los recursos e implica la compleja interrelación de los costos y la efectividad de la actuación. Se trata de un campo en el que la epidemiología y la economía sanitaria se aplican conjuntamente.

11.23 EFICACIA:

Caracteriza un proceso de producción de acciones o servicios de salud (proceso de diagnóstico, tratamiento, intervención, rehabilitación, inmunización, prevención, etc.) que aplicado en condiciones ideales produce los resultados deseados. Las condiciones ideales se refieren a la aplicación precisa del proceso de salud, incluyendo los procesos médicos en sí mismo y el seguimiento preciso de las instrucciones correspondientes por parte de la población que recibe el servicio, implícito en la evaluación de la eficacia de una intervención está el supuesto de que los posibles beneficios de un determinado procedimiento de salud, son mayores que los posibles daños o efectos secundarios que este puede causar.

11.24 EQUIDAD:

Se refiere a la distribución justa de la atención de la Salud y la salud grupos de los diferentes grupos de población, lo que implica una disminución de las desigualdades entre los grupos humanos y la superación de estructuras sociopolíticas de dominación y apropiación.

En el sector salud, como en los otros sectores, existe un conflicto potencial entre la cantidad y la calidad y entre atención primaria de salud para todos y medicina con alta tecnología para unos pocos. Cuando el objetivo de un país es mejorar las condiciones de salud de una población, las siguientes preguntas sobre la equidad deben hacerse:

¿Significa equidad igual acceso a los servicios de salud, uso de los mismos o igual estado de salud?

Significa justicia en el sector salud, la distribución de servicios con relación a la necesidad, sin tomar en cuenta el nivel de ingreso o equidad, significa que la gente pague por los servicios de salud en directa proporción al ingreso y riqueza.

11.25 EFECTIVIDAD:

Mide los resultados del programa en términos de los resultados inmediatos y el cumplimiento de los objetivos previamente definidos. Analiza si el programa cumple los objetivos propuestos, si los resultados observados son mejores como resultado de la existencia del programa.

Considera el resultado final de la aplicación sobre diferentes individuos o grupos de población de un procedimiento identificado como eficaz. Evalúa los resultados concretos de la aplicación de un procedimiento eficaz, considerando la eficacia temporal (período de mejoramiento y recuperación) y la aceptación o aplicabilidad de un procedimiento sobre los individuos o grupos de población específicos.

11.26 CALIDAD:

La calidad tiene que definirse a la luz de las normas técnicas del proveedor y de las expectativas del paciente, tomando en consideración el contexto local. Si bien ninguna de las definiciones de calidad se aplica a todas las situaciones, las siguientes definiciones son guías útiles para definir la calidad de los servicios de salud.

“La calidad de atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y La tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumento en forma proporcional de sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios” (Dr. Avedis Donabedian, 1980).

“El desempeño apropiado (acorde con las normas” de las intervenciones que se sabe que son seguras, que puede costear la sociedad en cuestión y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.” (M.I. Roemer y C. Montoya aguilar, OMS 1988).

La definición de calidad más integral y quizás la más simple fue formulada por W. Edwards Deming, el padre del movimiento de la gestión de calidad total. Él resumía la calidad de la siguiente manera: “Hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato”.

11.27 SERVICIO:

Organización y personal destinados a cuidar intereses o satisfacer necesidades del público o alguna entidad. Función o prestación desempeñadas por estas organizaciones y su personal.

11.28 REFORMAS:

Proyecto o ejecución de algo que proporciona mejoras o innovaciones a una cosa.

11.29 ESTATUTO:

Establecimiento, regla que tiene fuerza de ley. Cualquier ordenamiento eficaz para ordenar

11.30 GESTIÓN:

Es el espacio organizativo que garantiza el cumplimiento de las decisiones generadas en el espacio de la dirección, a fin de cumplir los objetivos (la misión) de la organización, este elemento y las posibilidades derivadas de sus nuevas metodologías y tecnologías se constituyen en lineamientos sustantivos del desarrollo institucional.

11.31 CO-GESTIÓN:

Cuando la Comunidad comparte la administración con una institución de salud, pública o privada. Se colabora en la toma de decisiones, en especial en lo que toca a las actividades que deben realizarse.

Las formas y variedad de los aportes financieros por parte de la comunidad pueden ser: labor Comunitaria, aporte monetario o de materiales.

11.32 AUTO-GESTIÓN:

Cuando la Comunidad administra los recursos y las actividades... El aspecto más importante consiste en que la toma de decisiones se produce en el ámbito de los instrumentos comunitarios, por lo menos en los aspectos clave.

11.33 AHORRO:

Acción de ahorrar. Es parte de la renta que no se destina al consumo. El ahorro es el contrario del consumo, pero no contrario de gasto. El capital ahorrado tiene diferentes

destinos: préstamos para consumo; retención del dinero en forma líquida; inversión o préstamo a la inversión o préstamo a la producción. Para los clásicos el ahorro y la consiguiente acumulación de capital son las fuentes de expansión capitalista de la producción. La teoría moderna según Wicksell supone que el ahorro es entregado a un banco, el cuál lo presta lo antes posible a una empresa que lo invierte en la producción.

XII. FACTIBILIDAD:

12.1 Caracterización del Problema:

Perfil Socio Económico:

La Parroquia Limoncocha, según el Censo Nacional de Población de 1990, tiene 3465 habitantes; la tasa promedio anual de crecimiento entre 1980 y 1990 era de 3,28% (INEC), la más baja de la Provincia, probablemente porque al nivel de la Cabecera Parroquial el crecimiento es negativo en lo referente a la población masculina, debido probablemente a la existencia del Instituto Normal Superior Bilingüe Intercultural, donde muchos jóvenes se reciben de profesores y buscan plazas de trabajo fuera de la Parroquia.

La distribución de la población por sexo es bastante equilibrada, la diferencia es sólo de 2,96% a favor de la población masculina; analizando la estructura poblacional de la zona según el sexo, de acuerdo a las categorías de los estudios poblacionales, se ve que el índice de masculinidad es de 109.04% es decir, que por cada 100 mujeres hay 109.04 hombres. En el Cantón Shushufindi el índice de masculinidad es de 125,89%. En el caso de la zona de estudio y del cantón Shushufindi la presencia de un mayor número de hombres tiene estrecha relación con la migración y las formas de empleo (compañías petroleras, agroindustriales, etc.), que requieren básicamente mano de obra masculina.

La estructura por edad muestra una población eminentemente joven (menores de 15 años: 53.78%, entre 15 y 49 años 40.95% y de 50 y más %.27%), incluso más joven que la del Cantón Shushufindi y la de la Provincia de Sucumbios, poblaciones que son consideradas

muy jóvenes comparadas con la nacional; este hecho puede deberse a que, la población de la zona de estudio está compuesta básicamente por gente que llegó a la zona desde mediados de la década de 1950 y que salió muy joven de sus lugares de origen. Si se tiene en cuenta que los quichuas y shuar se casan actualmente entre 17 y 20 años, podría plantearse que en la zona en la actualidad estaría iniciando la cuarta generación.

Con relación al estado civil, se ve que existe en la población de 12 años y más un mayor porcentaje de casados; en el caso de la viudez, las mujeres tienden a permanecer solas y los hombres se inclinan por una nueva unión. Según las viudas, si no hay hijos que puedan sostener el hogar, la madre tiene que ser recibida en la casa de un hijo.

El promedio de personas por familia es de 6 entre los quichuas y de 7 entre los shuar; el número de promedio de hijos por familia es de 4 entre los quichuas y de 5 entre los shuar; aunque el porcentaje de familias con 7 hijos o más es elevado. La composición de las familias quichuas, puede verse una persistencia de rasgos propios de su cultura tradicional. Así, si bien la tendencia actual es una residencia neolocal (nueva residencia) persiste la tradicional, residencia virilocal (donde vive la familia del hombre). La posibilidad de una residencia uxorilocal (donde vive la familia de la mujer) continúa siendo como en la familia tradicional, poco frecuente.

Este cambio a una residencia neolocal puede tener relación con la presión por la tierra (lotes reducidos) y también, con la decisión de vivir en un centro poblado, con solares muy definidos y pequeños, donde se vería dificultado el normal desenvolvimiento de una familia extensa. Se determinó la existencia en algunas familias de "nietos", sin que aparezcan incluidos en la misma los padres.

Entre los quichuas es frecuente que los abuelos tomen a su cargo a uno o dos nietos (hijos de un mismo hijo /a o de distintos hijos /as), generalmente lo hacen cuando sus propios hijos son adultos o han salido del hogar. La presencia de nietos en casa de los abuelos tiene dos explicaciones no excluyentes: compañía y ayuda por un lado y aliviar las responsabilidades de un hijo /a, por otro. La presencia temporal en la familia de "hermanos

/s” y “cuñados /as”, eventualmente con toda su prole tiene también estrecha relación con la cultura quichua. Estas visitas, incluso por periodos largos, son muy frecuentes. La presencia en la familia de numerosos “sobrinos” no está relacionada con la cultura quichua, aunque por lo observado, parece ser que este hecho tiene que ver con la presencia del Instituto Normal Bilingüe Intercultural.

12.2 Características Económicas:

12.2.1 Población Masculina: En el caso de la población masculina la distribución de la población por ocupación principal es clara: el 32.95% se dedica a la agricultura, el 9.20% ejerce la docencia, el 46.74% corresponde a los estudiantes y el 11.11% realiza otras actividades.

Entre los quichuas, comparativamente en Limoncocha hay una menor dedicación a las actividades agrícolas; esto puede deberse de una parte, a que hay personas sin tierras y de otra a que el centro poblado ya existe la posibilidad de otras actividades.

El que en Limoncocha sea más alto el porcentaje de profesores y estudiantes, comparado con las demás comunas se explica por la presencia del Instituto Normal Bilingüe Intercultural.

Existen hombres que aunque trabajen en la agricultura, tienen oficios que aparentemente no ejercen. El de carpintero es el más frecuente y tiene relación con el hecho de que el Instituto Lingüístico de Verano tuvo un taller en el que los indígenas aprendían carpintería.

12.2.2 Población Femenina: En el caso de la población femenina la distribución de la población por ocupación principal no es muy clara. El 37.18% de las mujeres, manifiesta actividades agrícolas (tal vez porque esta cerca la época de la cosecha del maíz) y un 20.09% dio prioridad a los trabajos de casa.

Esto no significa que unas mujeres se dediquen a la actividad agrícola y otras a los quehaceres domésticos. En el mundo de la mujer quichua coexiste los trabajos de la casa

con lo de las chacras y huertas; dependiendo de la época del año y de los cultivos que se tenga, la intensidad del trabajo en uno u otro sector varía.

El porcentaje de mujeres profesoras en Limoncocha es más bajo que el de los hombres y en las otras comunas no hay mujeres que trabajen en esta actividad.

El porcentaje de las mujeres que estudian, a escala general, es menor que el de los varones. Con relación a las otras actividades, éstas se registran sólo en Limoncocha y están, básicamente, vinculadas al Instituto Normal Bilingüe Intercultural.

La posibilidad de otros oficios, aparte de las actividades desempeñadas en los últimos seis meses, se registró principalmente en Limoncocha. El de modista resultó el más frecuente, además otras se dedican hacen artesanías.

12.3 Características Educativas:

La población de la zona de estudio tiene una tasa de analfabetismo del orden del 7.74% es decir, menor que la del cantón Shushufindi (10.82%) y que de la provincia de Sucumbios (9.73%). Esta tasa de analfabetismo difiere entre la población masculina y femenina y entre Limoncocha (centro poblado) y las demás comunas (zonas rurales). En primer lugar la tasa de analfabetismo es mayor entre las mujeres y en segundo, es mayor en las comunas que en Limoncocha. Hay que tener en cuenta que aunque el registro es en la población de 10 años y más, el mayor número de casos de analfabetos correspondería a personas de más de 40 años.

En relación con los niveles de instrucción se podría afirmar a escala general que son más altos en la zona de estudio que en la provincia de Sucumbios y adquieren características que merecen ser anotadas.

Es mayor el porcentaje de mujeres (26.97% sobre 18.73% de los varones) que tienen entre primer y tercer grado de primaria y es casi igual el porcentaje de mujeres y hombres

(43.82% y 42.76% respectivamente) que tienen entre cuarto y sexto grado de primaria.

A partir de la secundaria el nivel de instrucción baja en las mujeres y la desigualdad va creciendo hacia los cursos superiores.

En el presente estudio se ha incluido dentro de la categoría de instrucción "superior 0 - 3" los 2 años del Post-Bachillerato que se cursan en el Instituto Normal Bilingüe Intercultural. Aquí, los niveles de instrucción de la población femenina son aún menores; 5.45% sobre 9.54% de la población masculina.

Interpretando las cifras se puede plantear que, con relación a las mujeres, el mayor empeño de los padres es que éstas terminen su primaria. Por el contrario, para el caso de los varones, se espera que estos concluyan los estudios secundarios.

Para comprender mejor la situación educacional en la zona vale la pena hacer una breve referencia a la educación en la misma.

En 1958 el Instituto Lingüístico de Verano funda la primera escuela, que parece tuvo desde sus inicios un carácter bilingüe. En 1963 se inician los cursos de capacitación para los profesores bilingües. La presencia temprana de una escuela en Limoncocha coincide con niveles de instrucción más altos que el resto de la provincia.

El Instituto Normal Bilingüe Intercultural # 18 Martha Bucaram de Roldós se crea el 11 de febrero de 1980. Como su nombre lo indica, tiende a dar una formación bicultural y bilingüe a los futuros maestros. La institución posee un área de 72Ha, dadas en comodato por el INAL.

Para el año lectivo 1992 - 1993 estaban matriculados 212 alumnos entre primero y octavo curso, de éstos 58 son internos. La mayor parte de los alumnos del Normal son quichuas sin embargo, en los últimos años se ha incrementado la presencia de estudiantes de otras culturas y de colonos.

La presencia del Normal ha elevado los niveles de instrucción en Limoncocha y en las comunas aledañas por otro lado prepara profesores para comunidades indígenas. Sin embargo, en las encuestas se observó que las plazas van disminuyendo paulatinamente: en Limoncocha 8 profesores varones no ejercían, estaban dedicados solamente a tareas agrícolas así como una profesora estaba dedicada únicamente a los quehaceres domésticos. Es posible aventurar que el hecho tiene relación con la competencia que existe por las plazas con los profesores que vienen de fuera.

12.4 Indicadores de Salud:

12.4.1 Morbilidad: En los últimos 3 años (94-97) de acuerdo a las estadísticas manejadas por el personal de salud del Subcentro de salud de Limoncocha, la morbilidad más frecuente, es la siguiente (invariable en los tres años):

- IRA
- EDA
- DERMICAS
- EPIDEMIOLOGICAS: Paludismo, Tuberculosis, etc.

Si tomamos en cuenta, la morbilidad de acuerdo a grupos etarios tenemos:

En los lactantes (0-11 meses) la primera causa de enfermedad es la IRA los problemas dermatológicos, le siguen los problemas dermatológicos y las EDA (especialmente GEA).

En los niños de 1-4 años el parasitismo intestinal aparece como primer agente productor de enfermedad; le siguen enfermedades dermatológicas, la IRA.

En los niños de 5 a 14 años (escolares) la mayor parte de consultas fueron la IRA, seguidas de Paludismo, las EDA. Van apareciendo con cierta frecuencia traumatismos y en este período merecen más atención las enfermedades dentales.

Los jóvenes (15-24 años) presentan una mayor variedad de enfermedades. En este período aparece el Paludismo como primera causa de enfermedad, seguido de los problemas

Ginecobstétricos, luego las enfermedades dermatológicas y las Gastrodigestivas. La IRA descenden pero inician los problemas de Tb. Están presentes también los traumatismos “casi todos por accidentes de trabajo”.

Los adultos (25-44 años) presentan también un amplio cuadro de enfermedades. Los más importantes son los problemas reumáticos neuríticos y los Gastrodigestivas. Disminuyen las enfermedades dermatológicas, las Ginecobstétricos y el paludismo.

En los mayores (45 y más años) las enfermedades reumático neuríticos ocupan el primer lugar; le siguen las enfermedades digestivas, aunque descenden con relación al periodo anterior. Y aumentan las enfermedades gástricas y hepáticas. Se incrementan los casos de Tb. y de anemia.

En caso de enfermedad la gente acude al dispensario de Limoncocha (%9.29%), donde un médico particular él (16.81%) o indistintamente a cualquiera de los dos él (4.42%).

Al momento de usar medicamentos existe una mayor libertad, sólo el 68.42% parecería depender exclusivamente de la medicina de la medicina Occidental y el resto utiliza plantas (5.26%) o usa conjuntamente remedios de botica y plantas (23.68%).

12.4.2 Mortalidad Infantil: Hijos muertos antes de cumplir un año:

En el 31.93% de familias de la zona han muerto hijos antes de cumplir un año. De los hijos muertos el 55.26% corresponde a mujeres y el 44.74% a varones.

Las causas más importantes señaladas para estas muertes son: mala atención al momento del parto (18.18%), IRA (15.15%), EDA (55%) y otras (12%).

Hijos muertos después de cumplir un año:

En el 35.29% de las familias han muerto hijos después de cumplir un año. De éstos el 54.76% corresponde a mujeres y el 45.24% a varones.

Aquí las causas son más variadas, siendo las principales: brujería (31.25%) IRA, EDA

(12.50%). Ahogados (9.38%).

12.4.3 Factores que inciden en los niveles de Salud de la zona: Existen una serie de factores que inciden en los niveles de salud de la zona.

12.4.3.1 Agua: Dentro del campo de la salud es necesario analizar las fuentes de obtención de agua y como ésta es utilizada, especialmente en la preparación de los alimentos.

La mayor parte de las familias obtienen el agua para la preparación de los alimentos de dos fuentes: vertientes y/o lluvia (58.56%) y del río o esteros (10.81%). En el caso de las vertientes, los pozos no reciben un buen mantenimiento. El agua proveniente de la lluvia se recoge en tanques abiertos y éstos son limpiados con muy poca frecuencia.

Los ríos y esteros de los que se obtiene el agua para la preparación de los alimentos sirven también para que la gente se bañe; además, ellos reciben con frecuencia los desechos de las personas de la comunidad, de los centros poblados y según informan los entrevistados, de las compañías.

En relación con las formas en que el agua es utilizada, la mayor parte de los entrevistados en las comunidades quichuas afirmaron hervir el agua antes de ser utilizada. Sin embargo, esta afirmación debe ser tomada con cautela. Del trabajo de campo se pueden afirmar dos cosas: primera, que no siempre hierven el agua que toman y segunda, que “hervir el agua” muchas veces es llevarla al punto de ebullición por algunos instantes.

12.4.3.2 Basura: En Limoncocha (centro poblado) el 48.28% de los encuestados entierra la basura. En el resto de comunidades la mayor parte de las personas botan la basura “en la montaña”, en la práctica bastante cerca de la vivienda.

Podría plantearse que en los últimos años se ha dado un cambio en el tipo de desperdicios que la gente produce pero no en la forma en que éstos son eliminados.

Los desperdicios “tradicionales” eran básicamente biodegradables (por ejemplo: cáscaras, semillas, huesos, desechos de vestuario, algunas latas). Actualmente se ha incrementado la producción de basura que no es biodegradable y que en muchos casos es incluso tóxica (por ejemplo: plásticos, insecticidas y pesticidas). Sin embargo, la gente maneja ambos tipos de basura de la misma forma contribuyendo, a la contaminación del medio.

12.4.3.3 Vivienda: Se utiliza sólo para dormir un cuarto por cada 2.9 personas. Si bien esto no puede ser planteado como hacinamiento tiene estrecha relación con la propagación de ciertas enfermedades, especialmente del paludismo.

Según los nativos los animales domésticos no duermen en las habitaciones. Sin embargo, se observa que éstos andan libremente por las viviendas, especialmente en las cocinas, muchas veces husmeando en los recipientes con alimentos.

12.4.3.4 Eliminación de Excretas: Salvo en Limoncocha, en que el 87.93% de los encuestados afirmó tener letrinas, en el resto de comunidades la mayor parte de las personas van al monte o al río para hacer sus necesidades.

En zonas escasamente pobladas estos hábitos no plantean problemas de contaminación pero en comunidades con mayor población éste es un factor que incide en el problema.

Si bien las letrinas se plantean como alternativa, la forma en que éstas son mantenidas debe ser evaluada. De lo observado en el campo queda la duda de si las letrinas, tal como son mantenidas, no pueden constituirse en focos de infección.

12.4.4 Medicina Tradicional: Tradicionalmente el que tiene la capacidad de curar y de causar enfermedad es el Yachac, que es el hombre que conoce, el hombre sabio.

El llegar a ser un Yachac de prestigio implica un largo proceso de aprendizaje, que por lo general se inicia desde temprana edad. Este aprendizaje incluye largos períodos de ayuno y abstinencia, un profundo conocimiento de plantas medicinales de la selva en general y del

hombre. El uso del tabaco y de plantas alucinógenas como la ayahuasca (o yajé) son parte del ritual de curación.

La figura del Yachac aparentemente va perdiendo vigencia en la zona. Este hecho tiene relación en el ámbito general con el acelerado proceso de aculturación. Sin embargo, existe un factor de orden religioso que hace que, especialmente en Limoncocha, se trate de ocultar la figura del Yachac. Ante preguntas sobre el tema la gente responde que eran evangélicos y que no “debían” creer en esas cosas. Una de las contradicciones entre el “no se debe creer” impuesto y las creencias más profundas de la gente son las respuestas que se dieron al hablar de las causas de las enfermedades de los niños. (ECCOL-AMBIENTEC).

12.5 Factibilidad Socioeconómica:

En base de grupos focales y entrevistas con informantes claves se determinó que en aspectos socopolíticos, un proyecto de una Empresa Cooperativa de Salud en Limoncocha sería factible. A los niveles político decisorios nos se encontraba ninguna oposición al posible proyecto, al contrario, por parte de la Comunidad de Limoncocha, los líderes políticos y organizaciones locales se encontraba apoyo para la implementación de dicho proyecto.

12.6 Factibilidad Técnica:

Con el apoyo de Occidental Petroleum Compañy, se consiguió el concurso de los diversos instructores, especialistas tanto en el ámbito de cooperativismo como financiero y de cualquier otra índole.

Hay apoyo por parte de los docentes de la escuela como del Instituto Intercultural Bilingüe, además, de otras instituciones como el INEFAN, FFAA, Municipio de Shushufindi, etc.

12.7 Factibilidad Organizacional:

Si por algo se caracterizan los grupos quichuas del Oriente Ecuatoriano es por la sólida

organización que mantienen. La agrupación más fuerte de la zona es la Asociación Indígena de Limoncocha, que agrupa a socios de las distintas comunidades de la Parroquia. Las decisiones más importantes se toman a nivel de esta organismo y bajo Asamblea General y con aprobación de todos sus socios.

Por otro lado existen otros niveles de organización como son: Comités de Padres de Familia, Organización de mujeres, etc.

12.8 Recursos Humanos:

- *Los instructores y quienes colaborarán en la implementación de la Cooperativa corren a cargo de la Petrolera.
- *La Comunidad pone todo el recurso humano disponible en la zona: Profesores, Promotores de salud, etc.
- *El Subcentro de Salud de Limoncocha colabora con su personal.
- *Además hay ayuda del personal de las Fuerzas Armadas y del INEFAN

9 Factibilidad Financiera:

- La cooperativa recibirá el aporte de sus socios.
- Aporte de parte de las distintas microempresas.
- El manejo estratégico de los recursos y la planificación financiera y presupuestaria tienen que ser fortalecidos.

XIII. PROYECTO:

13.1 Procedimientos:

Los procedimientos a utilizarse serán contemplados en la ley y Reglamento de Cooperativas de la República, para la constitución de una Cooperativa orientada a la Salud de la Comunidad de Limoncocha y sus alrededores.

13.2 Programa de Implementación:

13.2.1 Primera Etapa:

13.2.1.1 Importancia y credibilidad de una empresa cooperativa de Salud

En el esquema estructural de las sociedades modernas, en las que las diversas funciones sociales se ejercen por grupos que cada vez tienden a una mayor especialización, asumiendo cada individuo o grupo una tarea concreta, se hacen necesarias las actividades de cooperación entre sus componentes para conseguir la armonización de cometidos que, en su conjunto, tienden a un fin común de carácter más amplio. La cooperación es una verdadera interacción social en la que los individuos coordinan sus actividades para el logro de un objetivo concreto, común a todo el grupo.

El desarrollo conceptual y la instrumentación jurídica de esta tendencia (de aparición realmente espontánea en la colectividad) dieron origen al cooperativismo, término que podría definirse como un movimiento asociacionista de ámbito colectivo que propicia la asociación voluntaria y directa de personas naturales o jurídicas, generalmente con la intención de satisfacer una necesidad de sus miembros o de posibilitar el desarrollo de alguna actividad concreta de tipo social, económico, agrícola, industrial o de servicios, utilizando para ello la intervención personal de todos los cooperativistas, los cuales participarían en las actividades en igualdad de condiciones. Al ser muy variados sus objetivos, existen diversos tipos de cooperativas: de consumo, de producción, de viviendas, etc. En la mayoría de los países, estas actividades cooperativas se han regulado por medio de leyes y otras disposiciones legales que establecen el marco jurídico al que deben adaptarse.

Es natural que los criterios de cooperativismo se hayan aplicado al campo sanitario, especialmente al de asistencia médica, en el que se han desarrollado fórmulas cooperativas que tienen por objeto proporcionar dicha asistencia a los cooperativistas o asociados que

voluntariamente han contribuido a la agrupación. Estas entidades adoptan una gran diversidad de estructuras, según la legislación existente en cada país, la amplitud prevista de sus prestaciones y la finalidad concreta con que se crea la entidad. Con todo, podemos agruparlas en dos tipos básicos: cooperativas de trabajo asociado y cooperativas de servicios.

Las primeras suelen estar constituidas por un grupo de profesionales sanitarios (médicos, odontólogos, farmacéuticos, enfermeras) que se asocian en su trabajo, definen las condiciones de su oferta y ofrecen a terceros (los posibles usuarios) sus servicios de asistencia profesional. Pueden adoptar la estructura de una cooperativa de base, de sociedad anónima y otras diversas formas previstas en las respectivas legislaciones. A su vez, varias cooperativas de base pueden transformarse en una de segundo grado, que supone un planteamiento de mayor complejidad jurídica.

Los principios de cooperativismo asistencial sanitario se basan generalmente, por lo que se refiere a la estructura de la cooperativa, en la libre adhesión y baja de socios; variabilidad del número de éstos y del capital; gestión y control democráticos, regidos por órganos de gobierno participativos; limitación del interés del capital cooperativo para evitar las especulaciones y el ánimo de lucro; retorno de los excedentes; obras sociales que benefician a los socios. Por lo que se refiere a la asistencia médica, ofrecen una amplia cobertura sanitaria, libre elección de médico, retribución del médico por acto profesional a cargo (total o parcial, según los casos) de la cooperativa, e incorporación de cualquier médico que esté autorizado legalmente para el ejercicio de la profesión.

En la cooperativa de servicios son los propios usuarios los que se asocian para organizar en su beneficio las prestaciones que desean recibir, contratando en este supuesto al personal sanitario que realizará la atención médica. Frecuentemente, la constituye un grupo de personas que tienen un vínculo laboral común (funcionarios del Estado, trabajadores de una gran empresa, un sector de profesionales gremiales o un grupo de gente de una comunidad que quiere beneficiarse de una prestación de servicios médicos profesionales). Este tipo de entidad colectiva se encarga de desarrollar un régimen de asistencia sanitaria que proteja de

manera eficaz la salud de los asociados.

Las asociaciones cooperativas en el campo sanitario están extendiendo sus actividades en numerosos países, desarrollando programas que no quedan limitados al sector privado, sino que se integran en ocasiones en el dispositivo público (especialmente en coordinación con la Seguridad Social), ofreciendo a la población beneficiaria diversas opciones de asistencia sanitaria. (Carlos Mestre).

13.2.1.2 Campos de acción:

Examinaremos los diversos tipos de sociedades cooperativas que ofrecen especial interés en el desarrollo económico y en el bienestar social.

Nótese que la idea cooperativista puede llevarse a la práctica de muchas maneras. Siempre que varias personas deseen unirse, conforme a los principios fundamentales de la cooperación, para mejorar su posición económica en una empresa de finalidad social lícita, podrán organizar una cooperativa. Significa esto que quienes decidan constituir una cooperativa en beneficio propio y de la comunidad a la que pertenecen, no tienen que atenerse a los tipos de organización más común.

Entre los tipos de cooperativas más importantes tenemos: de ahorro y crédito, de comercialización, de abastecimiento, de producción, de servicios, de seguros, etc. Lo que nosotros queremos a través de esta propuesta es crear un tipo de cooperativa de salud, en la cual sea la comunidad quien compre los servicios médicos, para defender la salud, de cada una de las personas que integran la Comunidad.

13.2.1.2.1 Cooperativa de Ahorro y Crédito:

Estas sirven para recaudar los ahorros de sus socios y conceder préstamos en condiciones favorables de interés, facilidades de pago y rapidez.

Este tipo de cooperativas es la más dinámicas en el Ecuador, y junto a las de transporte las mejor organizadas. Están cumpliendo un papel macroeconómico social de mucha importancia, ya que se constituyen en las más necesarias para todos los sectores de la población, sin exceptuar a los habitantes de las zonas rurales. Dentro del movimiento cooperativo se considera como fundamental y como primera etapa de la acción cooperativista. Probablemente es la organización cooperativa más fácil de comprender. A diferencia de algunos otros tipos de cooperativas, pueden empezar con muy pocos afiliados y admitir tanto a hombres, mujeres y niños.

Las cooperativas de ahorro y crédito han posibilitado a casi una tercera parte de la población económicamente activa a acceder a recursos financieros de los que de otra manera y por su condición social no dispondrían. El grupo m numeroso de socios lo constituyen los empleados, seguidos por artesanos y agricultores.

13.2.1.2.2 Cooperativa de Producción:

El cooperativismo tiene un papel importante que desarrollar en épocas como las que vivimos, en que el avance tecnológico permitirá mantener el poderío de los económicamente grandes y disminuirá las posibilidades de crecimiento de los grupos de pequeños productores, cuyos recursos económicos son limitados y por lo tanto también lo es su acceso a la tecnología; es por esto que el futuro de la cooperativas de producción y trabajo (agropecuarias, industriales o artesanales) constituyen el mejor medio para crear nuevas relaciones entre los trabajadores y el trabajo y para introducirlo en el mundo de la nueva "revolución industrial".

En una sociedad en donde el pago, la inflación, están generando desempleo, hambre, crisis, será necesario que todas las cooperativas concentren su esfuerzo de manera especial para dar soluciones a grandes problemas mundiales, siendo uno de los principales el de la alimentación.

Históricamente se viene demostrando que desde el punto de vista técnico, el cooperativismo agrícola puede regenerar la agricultura de un país. Económicamente libera a los agricultores de la explotación y de la inestabilidad. Puede enderezar la situación generalmente desventajosa, de la clase campesina, y hacer desaparecer casi completamente, como en Dinamarca y Suecia, la diferencia del nivel de vida entre la ciudad y el campo.

Tiene conciencia de estar al servicio de sólo una fracción de la población. No tiene la ambición de ser el prototipo de un sistema económico nuevo. Sólo es revolucionario en los países de latifundio y de gran miseria campesina.

Como miembros de una cooperativa de producción, los habitantes de una zona, aúnan sus esfuerzos para la producción de alimentos u otros artículos. Existen muchas clases de cooperativas productoras en distintas partes del mundo.

13.2.1.2.3 Cooperativas de Comercialización:

Es otro tipo fundamental de cooperativas para productos primarios. Se trata simplemente de una asociación para la venta (y con frecuencia también para varias fases de elaboración) de productos agrícolas, pesqueros o forestales. En muchos países los agricultores han fundado cooperativas de comercialización tan valiosas que las consideran como elemento esencial de la explotación agrícola. En muchos países los agricultores han fundado cooperativistas de comercialización tan valiosas que las consideran como elemento esencial de la explotación agrícola. Sus ventajas educativas son tan grandes como las económicas especialmente en lo que concierne a relacionar las condiciones de la comercialización con la eficiencia de la producción.

La colaboración en las compras en común, investigación de métodos, formación de personal, sistemas de tratamiento de datos e información, etc., es aumento de la dimensión de la explotación, tan necesario en un movimiento cooperativo.

13.2.1.2.4 Cooperativas de Consumidores:

“Las cooperativas de consumidores (antãño llamadas de consumo) son asociaciones de consumidores y usuarios para procurarse los productos o servicios que necesitan. Es evidente que en estas asociaciones primero empezó un grupo y luego fue ampliándose con la incorporación de muchos socios, hasta llegar a ser muchos millares y cientos de millares en algunas ocasiones y países.

Los socios de las cooperativas de consumidores son a la vez clientes y empresarios, o si se quiere clientes y propietarios, pues entre todos poseen la cooperativa, y sólo gracias a la asociación pueden obtener ventajas”.

Estas cooperativas procuran las mejores condiciones de calidad, medida, oportunidad, información precio de los bienes y servicios para consumo o uso de los socios.

La cooperativa es una empresa en la que se debe intentar por sobre todo la participación de los socios. Si no se da ésta se convierte en una tienda de unos cuantos, de unos pocos.

Es evidente que se ha de procurar ofrecer precios buenos, pero también se ha de procurar la participación efectiva de los socios. Lo que supone la compra asidua a la cooperativa, supone también la asistencia a las asambleas generales y a los actos culturales que ésta organice para sus socios, así como también el formar parte del Consejo Rector, de las Comisiones de Trabajo, etc.

“La vocación de las cooperativas de consumo se centra en la absorción de los monopolios de oferta que tradicionalmente se establecen en los mercados detallistas. Desde el momento en que la cooperativa la titularidad empresarial, los beneficios que se atribuyen al empresario se distribuyen entre los socios en proporción al consumo efectuado. El beneficio se esfuma. El consumidor adquiere los artículos a precio de coste.

13.2.1.2.5 Cooperativas de Servicios:

Son muchos los servicios para la comunidad urbana y rural, y que en ocasiones solo pueden obtenerse mediante la acción oficial o la cooperativa. Ejemplo: la salud, el transporte, el abastecimiento de agua, el riego, etc.

En vista de que el estado, a través de la historia, con su papel paternalizador, no ha podido cumplir eficientemente el rol de salud que le fue asignado, acuden en su auxilio una serie de alternativas que tratan de suplir esta falencia; entre estas tenemos la propuesta de una Cooperativa de Salud, manejada por las comunidades, con la participación activa de sus miembros.

Las cooperativas de transporte se subdividen en 4 grandes grupos: buces (urbanos, intercantonales e interprovinciales), transporte pesado, y transporte en camionetas. Todas las cooperativas de transporte en camionetas. Todas las cooperativas de transporte se han formado principalmente para acogerse a las ventajas tributarias que las leyes contemplan, como exoneraciones arancelarias. En general los vehículos pueden ser de los socios o de la cooperativa. Debido a que la excelente estructura de la integración sirve principalmente para lograr aspiraciones reivindicativas, pueden tener servicios colectivos como almacenes de repuestos, gasolineras, mecánicas propias, servicios de radio, comunicación, etc.

13.2.1.2.6 Cooperativas de Vivienda:

La vivienda es establecida como uno de los derechos universales del hombre, sin embargo se ha convertido en uno de los mayores problemas de las personas de medianos y escasos recursos económicos.

A medida que la migración del campo a la ciudad ha ido en aumento, la vivienda se convirtió primero en un bien escaso y luego para muchos inasequible.

Complejos factores, algunos fruto del libertinaje de la iniciativa privada, han causado que un bien de primera necesidad, tuviese que ser costeado con años enteros de trabajo por las clases menos pudientes.

Siendo la vivienda un elemento integrante de un nivel de vida digno de la persona, debe merecer especial atención por los organismos estatales, para que este enunciado no solo sea eso, un enunciado.

El protagonismo cooperativo en el campo de la vivienda ha sido y sigue siendo muy importante, ya que proporciona a sus asociados las unidades de vivienda que ellos y sus familiares necesitan ocupar, empleando al efecto los sistemas de propiedad, localización o utilización cooperativa.

La mayor parte de las cooperativas de vivienda son organizaciones cerradas cuyos miembros pertenecen a los estratos de ingresos medio y bajo.

13.2.1.3 Promoción y Difusión

Los organismos que conforman el sistema, deberán desarrollar campañas de promoción y divulgación en las cuales se den a conocer los objetivos y las realizaciones del movimiento cooperativo.

Los esfuerzos deberán orientarse hacia el logro de un reconocimiento por parte de la comunidad en general de la función social que el cooperativismo cumple y de sus ventajas como un instrumento apto para apoyar la reactivación del proceso de desarrollo, para que éste sea armónico haciendo participe de él a todas las personas y grupos que conforman la sociedad.

13.2.1.4 Reuniones iniciales con los posibles socios fundadores:

Durante la primera reunión con las personas que posiblemente serán los socios de la cooperativa, abordaremos los siguientes aspectos:

Evolución Histórica:

Para entender lo que significa el sistema cooperativo es necesario empezar determinando el concepto de cooperativismo: "Doctrina económico social cuyo fin es la resolución del problema de la oposición entre el capital y trabajo mediante el desarrollo generalizado de las cooperativas de todo tipo. Propugna la libre asociación de individuos y familias con intereses comunes para constituir una empresa en la que todos tienen igualdad de derechos y en la que el beneficio obtenido se reparte entre los asociados según su participación, superando la concepción capitalista. Los objetivos del cooperativismo son: 1. Económicos (reducción del precio de venta, mejora de la calidad de vida, etc.); 2. Sociales (rechazo del beneficio capitalista, defensa ante los abusos del sistema, gestión democrática, etc.); 3. Educativos (la cooperativa se convierte frecuentemente en el centro de actividades culturales). El cooperativismo tiende así a crear unas estructuras nuevas capaces de transformar progresivamente vastos sectores de la economía".

El sistema cooperativo apareció en sus inicios en Europa, como resultado de los problemas sociales que se presentan en los procesos liberales (capitalistas de industrialización, que impedía participar del auge económico a los económicamente débiles, es decir a los asalariados, a los pequeños campesinos y artesanos quienes en repetidos intentos y fracasos por mejorar su forma de vida, fueron poco a poco estableciendo las bases para el sistema cooperativista, entre los que al final tuvieron éxito, y se les puede tomar como los precursores a Raiffeisen y Schulzedelitzsch, destacándose además Rochdale con la aparición de las primeras cooperativas de producción, de consumo y de crédito de los Pioneers.

En América Latina aparecen las primeras formas organizatorias para la cooperación económica, por la introducción de las autoridades coloniales y/o inmigrantes europeos,

quienes trajeron la idea y la práctica cooperativa a las colonias.

Los administradores coloniales construían en las colonias infraestructuras económicas y administrativas unilaterales, conforme a sus intereses, ya sea para apoyar el intercambio comercial con la Madre Patria, o para amortiguar los problemas sociales y el afianzamiento de la integración económica y social en las colonias.

Pero recién a principios de siglo se desarrolla como expresión de necesidades de ayuda mutua de sectores clasistas, en ciertos gremios y en la acción de comunidades de inmigrantes europeos principalmente, para fines de colonización de nuevas tierras y de trabajo agrícola.

Creció sostenida y lentamente en la generalidad de los casos. Algunas instituciones sociales como sindicatos, gremios y corporaciones, o la Iglesia Católica estimularon algunas de sus formas para colaborar en la resolución de necesidades apremiantes de sus miembros o como parte de su acción solidaria. En ciertos casos al Estado estimula algunas de sus variantes como electrificación rural, ahorro, vivienda y consumo, principalmente, pero sin tener un fuerte crecimiento del sistema.

“Las primeras cooperativas en América Latina fueron fundadas a principio de siglo en Brasil y Argentina por inmigrantes alemanes y franceses, quienes conocían las cooperativas de sus patrias europeas”.

“Cuando las cooperativas se desarrollaban con principios más sólidos, se marcaron dos tendencias: por un lado se argumentaba que se podría realizar una alternativa a la economía capitalistas de mercado, que supere el sistema por medio de una total cooperativización de la economía. Frente a esto se argumentó por otro lado, que la cooperativa tan sólo es una de las muchas formas posibles de cooperación y empresas en economías de mercado, con un efecto solamente complementario al sistema”. Correspondió a cada gobierno determinar su posición sobre las políticas cooperativas futuras.

A partir de los años 60, y como consecuencia una fuerte tendencia de expansión cooperativa, originada por fenómenos políticos, sociales, la tendencia modernista de democratización económica y social, contrapuesta por limitaciones de carácter económico de los sectores medianos y de bajos ingresos, se produce un crecimiento cooperativo, encaminado a la atención de necesidades muy variadas como: colonización, reforma agraria, producción artesanal, pesquera, minera e industrial, construcción y vivienda popular, etc.

El Estado tuvo un papel fundamental en este proceso, pues impulsó esta actividad tanto en el aspecto institucional-legal, como de su promoción social y estímulo económico. La intervención extranjera mediante la difusión de modelos, financiamiento de las actividades, y experiencias en sus respectivos países, coadyuvó para el desarrollo dentro del marco de la Alianza para el Progreso.

Por otro lado se debe hacer comprender a los socios que toda cooperativa se sujeta a las disposiciones de la Ley General de Instituciones del Sistema Financiero (LGISF), en tanto realizan intermediación financiera con el público.

Son definidas (las cooperativas en general) como sociedades de derecho privado que no persiguen finalidad de lucro, están formadas por personas naturales o jurídicas, y tienen como objeto la planificación y realización de actividades o trabajos de beneficio social o colectivo. Este objetivo lo logran a través de una empresa manejada en común y formada con la aportación económica, intelectual y moral de sus miembros.

Dentro de la normativa de la LGISF, las cooperativas que realizan intermediación financiera con el público tienen las facultades que las demás, excepto:

Negociar títulos valores y descontar o hacer adelantos de letras documentaria sobre el exterior.

Efectuar operaciones con divisas, contratar reportos y arbitrajes sobre ellas y emitir o negociar cheques de viajeros

Negociar minerales preciosos acuñados o en barra

Garantizar la colocación de acciones u obligaciones

Negociar documentos resultantes de operaciones de comercio exterior

Efectuar operaciones de arrendamiento mercantil

Previo a que las cooperativas puedan recibir depósitos monetarios a la vista, deberán cumplir las disposiciones que dicte la Junta Bancaria.

De conformidad con la Ley de Cooperativas, el gobierno y la administración de una cooperativa se realiza a través de la Asamblea General de Socios, el Consejo de Administración (organismo directivo de la cooperativa, es elegido por la Asamblea General), el Consejo de Vigilancia (fiscalización y control), el Comité de Salud (elegido por la Comunidad) y el gerente que es el representante legal de la cooperativa, puede ser socio o no.

La ley prevé la posibilidad que en plazo de 3 años contados a partir de su expedición, las cooperativas podrán convertirse en bancos o sociedades o sociedades financieras (el plazo venció el 12 de mayo de 1997).

Y por último los socios deben conocer la verdadera filosofía de la Cooperativa de Salud, su visión, su misión, sus objetivos, etc., para que puedan colaborar eficientemente en el desenvolvimiento efectivo de la misma.

13.2.1.5 Políticas y estrategias a tomar en su implementación:

Luego de un análisis pormenorizado, de la actual situación de salud de la parroquia de Limoncocha, llevada a cabo por el personal del Subcentro de salud de la localidad, por las autoridades formales e informales de la comunidad, por representantes de distintas instituciones y algunos miembros de la comunidad, se llegó a determinar que uno de los factores que intervienen en la deficiente calidad de salud, es la poca participación comunitaria.

Ante esto se decide establecer un plan o proyecto integral de salud, en el cual exista la participación de todas las instancias involucradas en esta problemática (MSP, Instituciones estatales o particulares de la localidad y la Comunidad). Como parte nuclear de este gran proyecto, se considera importante crear una Cooperativa de Salud, la cual sería manejada por miembros de la comunidad, previa su capacitación y adiestramiento (personal técnico especializado) y a partir de esta empresa cooperativa de salud, se gestara la conformación de una red de servicios de salud, cuyo objetivo fundamental es mejorar la calidad de vida de los habitantes de Limoncocha, a través de la Salud, sin descuidar la participación activa de todos y cada uno de los miembros de la Comunidad.

13.2.1.6.- Importancia de enfrentar los problemas de salud comunitaria organizadamente:

“La participación comunitaria es un proceso social permanente a través del cual el sector comunitario defiende sus necesidades e intereses en un plano de igualdad con los niveles político-administrativos”;

“Esta participación no debe darse por la generosa tolerancia de algunas instituciones sino que debe entenderse como el derecho y la capacidad real de la población para plantear sus propios puntos de vista sobre los asuntos que les incumbe”.

“Es un proceso continuo de los individuos y de la comunidad encaminado a modificar su estado y el de su comunidad, para obtener mejores niveles de vida y bienestar”. (MSP, Ecuador, División Nacional Desarrollo Comunitario).

La salud demanda una efectiva participación comunitaria en el desafío y responsabilidad de desarrollar la defensa de la salud. Propicia, una presencia deliberante, activa y decisiva de la comunidad organizada en el proceso de organización, ejecución, evaluación y funcionamiento de la salud. Los entendidos en la salud, en el área de cobertura o en el área de salud, deben precisar los mecanismos concretos para esta participación.

Propicia la participación comunitaria es una tarea difícil y que se encuentra influida por las características de las organizaciones comunitarias (tipos de organización, representatividad, liderazgo, capacidad de acción, convocatoria, influencias de política partidista, etc.) y por las condiciones reales de los equipos de salud (formación previa, experiencias y motivaciones heterogéneas, percepciones diferentes sobre los roles y prioridades, etc.).

A pesar de tales circunstancias y posibles dificultades, se propone avanzar en la definición de mecanismos concretos de interrelación y participación comunitaria reales, para ello se debería partir de un trabajo conjunto de recopilación de datos, conocimiento de la realidad, análisis de causa y consecuencias, propuestas de solución, horarios, designación y desempeño de los COLABORADORES VOLUNTARIOS DE SALUD, de los propios agentes de salud de las comunidades (comadrona, curandero, etc.), definición de los criterios de funcionamiento de los servicios, derechos y obligaciones, evaluación y reorientaciones entre otros.

La participación comunitaria no se la debe entender como la utilización de mano de obra comunitaria barata o sin costo, aunque puede utilizarse en ciertas tareas útiles y trascendentales.

La actividad comunitaria propuesta se distingue por considerar a la participación organizada como el mecanismo que expresa a la comunidad como sujeto activo, consciente y responsable en la defensa de su salud.

Nadie conoce mejor sus problemas que la propia comunidad.

Nadie sufre la pobreza y limitaciones más que ella misma. Con frecuencia su experiencia y sus gestiones son las más acertadas para guiar las acciones de salud o de otro orden. En todo caso sus ideas, sus temores, sus prejuicios no puede ser ignorada y menos despreciada. Sus líderes deben ser respetados y motivados para que parte de sus tareas las dedique al campo de la salud. La experiencia demuestra que, salvo excepciones, las comunidades están ávidas de educación, de guía y están prestas a una amplia colaboración en la que

nunca faltan gestos de desprendimiento y generosidad.

13.2.2 Segunda Etapa:

13.2.2.1 Realización de la Asamblea constituyente:

Reglamento General de la Ley de Cooperativas:

Art. 7. Para constituir una cooperativa se deberá, previamente, realizar una Asamblea Constituyente a la que concurrirán las personas interesadas en ella, bajo el asesoramiento de un asesor o experto en la doctrina cooperativa, que hará conocer a los asistentes las ventajas del sistema cooperativo y las conveniencias y modalidades de organizar la cooperativa. En esta Asamblea se estudiará todos los puntos y aspectos relacionados con la organización, y si la mayoría estimare conveniente formar la cooperativa, se designará un Directorio Provisional, compuesto por un Presidente, tres Vocales, Secretario y Tesorero, que se encargará de formular o hacer redactar el estatuto, de solicitar su tramitación y de obtener la aprobación legal.

13.2.2.2 Educación cooperativa de salud para socios:

La educación cooperativa es tan antigua como la propia doctrina cooperativa, alimenta el modo de desarrollo y la perspectiva del cooperativismo. La educación cooperativa en general puede definirse como el conjunto de métodos que permitan comunicar a los miembros de la cooperativa (y posibles miembros) el pensamiento, ideales y principios cooperativistas para responder a las exigencias morales del mismo, el desarrollo del sentido de responsabilidad y de su iniciativa.

“Es irrefutable: no se puede volar sin ascender; no se puede ascender sin fuerza espiritual y badajee cultural. La educación es el combustible que requiere la cooperación para ascender, convirtiendo en posible su proyecto utópico.

El vuelo a ras de tierra anula la virtualidad de la cooperación; transformándola en puro empirismo sin aliento, en un pragmatismo tan válido como un almacén de baratijas”.

La formación debe ser amplia y no especial, es decir empezar por los valores morales, sociales, que constituyen la base de la cooperación para luego educarlo técnicamente para que sea capaz de llevar a cabo los ideales cooperativistas.

Es así, que se debe, impartir una formación básica a los socios, sobre su pertenencia a la cooperativa, es deber de los órganos de gestión impartir permanentes programas de educación societaria. Solo la educación permanente puede garantizar en el entorno hostil que se mueve la cooperativa, la suficiente lealtad e intensidad del socio para con los demás y para con la entidad. Si el socio no es el actor de su propio proyecto y sólo espectador, no será protagonista, sino acompañante, un elemento adjetivo de la entidad, y como tal, indiferente a su buena o mala suerte.

Los empleados necesitan de la educación cooperativista, ya que son los más propensos a la asimilación con la cultura del tener; ésta debe oponer una educación de la empresa para la cooperativa y una educación cooperativa para la empresa. Una síntesis dinámica de suficiencia doctrinaria y técnica que permita el puente hacia la evolución y transformación gradual de los conocimientos, pensamientos, hábitos, y conductas envejecidas e insolidarias.

Los dirigentes cooperativos tienen también exigencias de capacitación y educación permanentes. No sólo respecto a la empresa, sino en su responsabilidad de herederos y conservadores del espíritu cooperativo y su carácter de transmisores de la herencia a los que le sucederán. La cooperativa debe formar sus propios dirigentes, prepararlos, adoctrinarlos, hacerlos sabedores de su gran responsabilidad, seleccionando a los mejores y a los más preparados, teniendo presente lo que afirma Laidlaw acerca de que los mejores líderes no deben ver a las cooperativas como un fin en sí misma, sino un medio para un mejor orden social. El dirigente cooperativo no sólo está al frente de una empresa; no sólo está al frente de una sociedad; también está al frente de un proyecto social, es un general de un ejército de artesanos sociales.

Así pues la doctrina cooperativista se basa en el principio del ser antes que del tener, así la educación debe preceder a la acción, para formar hombres capaces de actuar solidariamente en beneficio de todos dentro de un marco de libertad individual.

Por otro lado la presencia de la cooperativa en la sociedad debe irradiarse en el conjunto social, como prédica para romper la hostilidad, despejar dudas y ganar aliados y amigos en la construcción del desarrollo cooperativo tal como lo señala la A.C.I. "Con el avance del tiempo la cooperación se verá más obligada que el pasado si se quiere marcar rumbos, a mantener informado al público sobre sus objetivos, su organización y sus métodos; sus realizaciones y planes para el futuro....la lucha por la aceptación de las ideas cooperativas debe ser afrontada, tanto en el plano individual como económico".

En el plano particular, es decir, en el de la salud, la importancia de la educación cooperativa adquiere una vital trascendencia, sobre todo, en la época actual, donde los recursos económicos son escasos y solo la integración de los conocimientos y capacidades de todas las personas que conforman la sociedad, hará posible que la salud, adquiera el valor que se merece.

13.2.2.3 La micro-empresa y el sector informal de la economía:

El denominado sector informal de la economía, que hasta hace poco, mas bien era considerado como el sector marginal o microempresarial, productor de bienes y servicios, últimamente está adquiriendo relieve continental y aún mundial, debido a los estudios e investigaciones que al respecto se están realizando en varios países del tercer mundo.

Diferentes organismos internacionales como el Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, Fundaciones Alemanas, Canadienses, Norteamericanas, etc., se están preocupando de los marginales, microempresarios y/o informales en donde se trata de conceptualizar al sector informal, determinar sus características, relacionarse con instituciones ya existentes como la micro y la pequeña empresa, el comercio ambulante, etc. , encontrar formas de organización y vincularse con entidades de desarrollo nacionales

e internacionales con el objetivo de encontrar un fundamento práctico que permita su desarrollo.

Al sector informal se lo caracteriza como el conjunto de actividades productoras de bienes y servicios que se han desarrollado al margen de lo tradicional, que es lo generalmente aceptado, es decir la presencia de empresarios e instituciones financieras y administrativas, amparados por una legislación determinada. Esto en ningún momento quiere decir que lo informal sea ilegal o inmoral, lo que sucede es que por su propia naturaleza, que es la subsistencia, tiene que desarrollar formas de actividad a veces conocidas y aún aceptadas que son puestas en práctica por la fuerza de las circunstancias.

Siendo válida esta información, al sector informal le correspondería gran parte de las empresas productoras de bienes, el comercio ambulante de nivel medio que ofrecen su actividad por cuenta propia o de gente que vende su fuerza de trabajo para diferentes fines. Este sector está muy ligado a la conceptualización de que la micro-empresa constituye toda aquella actividad que combinada con capital, trabajo y capacidad organizacional, genera productos, comercio o servicios y cuya característica principal radica en el hecho de que el propietario del capital y el de la fuerza de trabajo, es su "primer trabajador", y al ser la misma persona no se presenta una contradicción inicial entre estos dos factores.

Destacándose además, las siguientes particularidades; que según el tipo de actividad y la localización adquieren importancia relativa:

La micro-empresa surge mayormente con la finalidad de superar una economía de subsistencia y en ella puede haber la posibilidad de generar niveles de acumulación.

Generalmente los trabajadores tienen vínculos familiares entre sí.

- Existe una participación directa del o de los propietarios del capital en actividad.
- No existe clasificación en la retribución al capital y al trabajo.
- Ausencia relativa en la prestación de beneficios sociales.
- Se constata una baja inversión por puesto de trabajo.

- Baja ocupación de mano de obra por unidad económica y baja productividad.
- La actividad es de pequeña escala y con bajas inversiones.
- Las herramientas utilizadas tienen una importancia mayor a la de las máquinas empleadas.
- La unidad productiva tiende a utilizar materias primas e insumos de procedencia nacional.
- Se desempeña en actividades de fácil acceso y alta competitividad.
- Orienta preferentemente las actividades al mercado interno.
- La relación con el sistema financiero formal es limitada.
- Relación deficiente en el aparato estatal.

De acuerdo a esta definición se puede encontrar que las características de las microempresas son de difícil separación y aún de identificación de los factores de producción, la facilidad de cambio de actividad y la poca relación con las instituciones formales.

Por otra parte, la situación actual del sector microempresarial, que absorbe al sector informal, permite aclarar que el desarrollo de los dos, tiene que ir vinculado a la capacitación, asistencia técnica, organización y financiamiento, contrariamente de lo que generalmente se está dando por aceptado, que el problema de los microempresarios o informales es el de financiamiento, contrariamente de lo que generalmente se está dando por aceptado, que el problema de los microempresarios e informales es el de financiamiento. Su consecuencia, antes de conceder el crédito se debe concientizar sobre la propia situación del beneficiario (tanto como persona, como formando parte del grupo) e identificar que la solución de su problema no está en el crédito sino en la estructura total del grupo y aún a la sociedad a la que pertenece.

En este sentido, están trabajando las instituciones colombianas (generalmente auspiciadas por la Fundación Carvajal) y las peruanas (a través de Fundaciones Alemanas y Canadienses) pues inclusive están experimentando crédito a organizaciones informales puesto que no están registradas en disposiciones legales donde la mejor garantía constituye

la responsabilidad del grupo y la responsabilidad que se va adquiriendo en base a su trabajo y organización.

En el Ecuador existen experiencias (microempresarial e informal), llevadas a través del Ministerio de Bienestar Social, de la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID) y de la Cámara de la Pequeña Industria, siguiendo en términos generales, las experiencias colombianas y peruanas, es decir a través de organizaciones formales e informales y con asistencia técnica y financiera de fundaciones y organizaciones internacionales.

La empresa cooperativa no es solamente una organización económica y social, sino que es sobre todo una forma de vida, que basada en principios de autogestión, autocontrol y autoesfuerzo, permita el cambio de las estructuras socioeconómicas en un ambiente de libertad y paz. Es por ello que el movimiento cooperativo es compatible con las formas de organización política y social existente, es decir, encontramos fuertes movimientos cooperativos tanto en los países de economías actualmente planificada como en países de economía de libre empresa o de economía mixta. Por ello se debe considerar que el sector cooperativo desempeña un rol importante en las sociedades nacionales y que debe desarrollarse en la perspectiva de lograr la reactivación económica y social que privilegie la producción, el empleo y la distribución del ingreso. De este modo al impulsar la transformación socioeconómica se está dinamizando a la empresa cooperativa que tiene un significativo espacio que ocupar. Especialmente se relaciona con actividades que no requieren de mayor tecnología, ni de inversiones que están relacionadas con las exigencias del sector consumidor masivo, como por ejemplo, producción de alimentos, de manufacturas, complementos de construcción o distribución de bienes, a través del comercio de pequeña escala.

Redistribuye la riqueza por medio de la creación de microempresas, pues une a varios productores afines, no solamente en la técnica de producir y comercializar los productos, sino como primera consecuencia, mejorar el nivel de vida al utilizar la capacitación y el financiamiento que favorece al cooperativismo y que se traduce en mayor demanda efectiva.

Como complemento, la empresa cooperativa propicia una movilidad socioeconómica, porque paulatinamente está transformando a la población cooperativista en población de propietarios y no de proletarios, que bajo la filosofía de ayuda mutua y esfuerzo propio, se garantiza el desarrollo del sector y facilita la creación de empresas autogestionarias, que constituyen un gran soporte de la economía nacional proveniente del sector comunitario organizado, de acuerdo a los mandatos constitucionales del país que garantiza la libre unión y la autogestión.

Por tanto, encontrando el marco referencial para el análisis del cooperativismo y la micro-empresa, no resulta difícil establecer sus vínculos y analizar como uno y otro, en la práctica se encuentran entrelazados y resultan complementarios para la ejecución de una política de gobierno que tiende a encontrar fuentes de ocupación, generar bienes y servicios, elevar el nivel de vida y lograr una participación activa en el ámbito nacional en la toma de decisiones.

13.2.2.4 Los organismos directivos de una precooperativa:

Ley de Cooperativas:

Art. 4. Las cooperativas en formación podrán denominarse precooperativas y en esta condición no desarrollaran más actividades que las de organización. Pero, una vez que se estructuren de conformidad con la Ley y su Reglamento General, adquirirán personería jurídica.

Art. 5. Para constituir una cooperativa se requiere de 11 personas, por lo menos, salvo el caso de las cooperativas de consumo y las formadas sólo por personas jurídicas, que requerirán del número señalado en el Reglamento General.

Art. 6. Las personas interesadas en la conformación de la cooperativa, reunidas en la Asamblea General, aprobarán, por mayoría de votos, el estatuto que regirá a la cooperativa.

Art. 7. Compete exclusivamente al Ministerio de Previsión Social y Cooperativas estudiar y aprobar los estatutos de todas las cooperativas que se organicen en el País, concederles personería jurídica y registrarlas.

13.2.3 Tercera Etapa:

13.2.3.1 Elaboración de estatutos:



Biblioteca Central

La organización administrativa de la cooperativa puede variar ligeramente de un país a otro, según la legislación, y de una cooperativa a otra según los estatutos. Basta esbozarla en líneas generales, habida cuenta de lo que suele ser práctica cooperativa corriente.

Dicha organización se define por los estatutos, es decir por el conjunto de normas que los socios aceptaron voluntariamente para determinar sus relaciones recíprocas dentro de la organización, así como sus relaciones con la empresa común; sus derechos y obligaciones y los órganos de la institución (sus atribuciones y poderes y cómo se articulan éstos entre sí).

Los estatutos son pues, la constitución que se dan los cooperadores. Por eso debe redactarse con sumo cuidado, teniendo en cuenta las normas legales, los principios generales del cooperativismo y toda la experiencia adquirida por el conjunto del movimiento cooperativo. Tienen que estar redactados en términos comprensibles para todos los asociados.

Como las demás constituciones no se los puede modificar, sino con la mayor precaución, según reglas y procedimientos previamente establecidos.

En nuestra Legislación y según la Ley de Cooperativas y su Reglamento, los estatutos deben contener los siguientes puntos:

- Nombre, domicilio y responsabilidad de la cooperativa;
- Su finalidad y campo de acción;
- Los derechos y obligaciones de los socios;



Biblioteca Central

- Su estructura y organización internas;
- Las medidas de control y vigilancia;
- La forma de constituir, pagar e incrementar el capital social;
- El principio y el término del año económico;
- El uso y distribución de excedentes;
- Causas de disolución y liquidación de la cooperativa; y,
- El procedimiento para reformar el estatuto.

A más de estas disposiciones, cada cooperativa incorporará aquellas que estén de acuerdo a su realidad específica. Cuando el Ministerio de Bienestar Social aprueba los estatutos de una cooperativa, ésta se enviste de “Personería Jurídica”; es decir, de la capacidad que tiene como cooperativa para adquirir bienes, administrarlos, venderlos y realizar todo acto y contrato tendiente a cumplir con sus fines.

13.2.3.2 Primera asamblea para revisión de estatutos:

Una vez elaborados y estructurados los estatutos por la Asamblea General, se procede a realizar una primera revisión general de los mismos, se leen todos los puntos detenidamente y se procede a explicar uno por uno el contenido y la repercusión de los mismos, esto se realiza las veces que fueren necesarias y tomando el tiempo suficiente, como para que no exista ninguna duda sobre el normal desenvolvimiento de la Cooperativa de Salud, tratando de encontrar defectos y errores e incrementando aspectos que los socios de la Cooperativa de Salud consideren pertinentes para la buena marcha de la Organización.

13.2.3.3 Segunda asamblea para revisión de estatutos:

Esta fase es de refinamiento de los estatutos, aquí se aprueban o desaprueban los cambios realizados en la primera revisión; siempre debe estar presente la mayoría de la Asamblea General y nuevamente se lee detenidamente el contenido de los estatutos y de ser necesario se volverá a explicar la implicancia de cada punto, si algún socio lo requiriera.

13.2.3.4 Capacitación: funcionamiento de una empresa cooperativa de salud.

La Empresa Cooperativa como Organización:

La apreciación teórica del principio "organización" se ha dado desde tres corrientes, las mismas que en su forma "pura" se han desarrollado cronológicamente en el tiempo. El enfoque clásico analizaba la cooperativa como un instrumento racional para lograr fines preestablecidos. En contraposición a ello, el enfoque de las relaciones humanas veía en la organización un ente primordialmente social. La síntesis de estos dos enfoques contrapuestos, dio como resultado el enfoque moderno, que concibe a la organización como un sistema social dirigido hacia el logro de objetivos, entendiéndose por sistema en forma general un conjunto limitado de elementos interrelacionados e interactuantes. La relación entre los tres diferentes enfoques se puede apreciar en forma simplificada, en el siguiente gráfico:

Según la moderna teoría de la organización (enfoque sistémico) cualquier organización es un sistema social que se caracteriza por los siguientes elementos:

- Orientación permanente hacia un objetivo;
- División del trabajo, diferenciación;
- Estructuración racional;
- Dirección a través de uno o varios mecanismos de poder.

La empresa es una organización específica, cuya finalidad consiste en la generación de productos (materiales e inmateriales) y/o servicios, realizando procesos de transformación a través de la combinación de recursos humanos, técnicos y financieros. De acuerdo con la teoría moderna de la organización ya no se puede suponer que la empresa es tan sólo un instrumento racional en manos de su(s) propietario(s), sino como cualquier organización un sistema en el cual convergen intereses de diferentes grupos funcionales, los miembros, los dueños, trabajadores, proveedores, clientes, socios, etc.

Podemos decir que la moderna teoría de la organización empresarial concibe a la empresa como una coalición.

En una coalición, ningún grupo de ella está en posibilidad de imponer su voluntad a los otros grupos en forma tal, que el proceso de decisión y de gestión administrativa debe ser entendido como un proceso de negociación y no de imposición autoritaria. En este sentido el logro de los objetivos depende de la solución negociada de “distribución”, de la calidad del compromiso logrado.

La teoría de la empresa debe tener en cuenta este aspecto fundamental. Particularmente, y en base al concepto de la empresa como coalición, la concepción mantenida es la siguiente: La fijación de objetivos debe entenderse como un proceso continuo de decisión y negociación en todos los niveles de la empresa. Una organización es eficiente y exitosa cuando logra realizar todo lo que dentro de un período es realizable y cuando logra captar y utilizar nuevas oportunidades de acción.

La empresa debe ser considerada como un sistema abierto. Las influencias provenientes del entorno en que se desenvuelve la organización tiene repercusiones no solo en la conformación interna de la “coalición”, sino sobre la configuración cualitativa y cuantitativa de las funciones administrativas.

Disfuncionalidades aparentes en relación con los objetivos prefijados no necesariamente tienen que ser negativos para la organización. Un fortalecimiento de la organización informal frente a una estructura formal rígida por ejemplo, puede dar mayor flexibilidad y adaptabilidad a la organización total, los conflictos pueden llevar a soluciones inesperadas y positivas, etc.

Consecuencias de la Concepción Organizacional para el Análisis de las Funciones Administrativas en las Cooperativas:



Sin que hayamos entrado más a fondo en un análisis del enfoque operacional, es evidente que debe ser ampliado basándose en la aplicación de las consideraciones precedentes sobre la empresa como organización. Inclusive si se quiere analizar tan solo lo que hace el administrador en la cooperativa, no se puede prescindir en el análisis de las cuestiones administrativas, de una profundización en los aspectos de la decisión bajo condiciones de un sistema abierto y tomando particularmente en cuenta todos los elementos de la organización (los miembros de la coalición) que confluyen para lograr un desenvolvimiento eficiente y efectivo de la empresa.

Así por ejemplo la planificación no puede ser analizada sin tomar en consideración que la decisión es un proceso constante bajo un condiciones de un sistema abierto. La función de organización no tiene como objeto solamente la creación de una estructura formal sino general, la conjunción de intereses de los diferentes miembros de la organización, la misma que también desde otro ángulo es objeto de la función de dirección. De igual modo, la función de control tiene que referirse al desempeño general de la organización y no solamente a los aspectos financieros o puramente administrativos.

Respecto a la aplicación del análisis la cooperativa, hay que señalar lo siguiente: es cierto que un conjunto de problemas que tiene la cooperativa, como cualquier empresa, pueden ser analizados y superados en forma óptima con los instrumentos tradicionales de la teoría de la administración. Sin embargo, como una economía específica de grupo, quizá es ésta la característica fundamental de la cooperativa frente a otras formas empresariales, la cooperativa tiene que resolver un segundo conjunto de problemas, adicionales particulares, específicos y básicos para su buen funcionamiento, los mismos que tienen que ser resueltos en forma diferente a las proposiciones de la teoría tradicional de administración.

El primer conjunto de problemas es tratado como una solución común a todas las empresas y no puramente específica de la cooperativa; y los segundos problemas se relacionan con la problemática administrativa de la cooperativa desde el punto de vista de los diferentes niveles de decisión y aspiraciones que interactúan para obtener el resultado de la cooperación a través del esfuerzo propio.

13.2.4 Cuarta Etapa:

13.2.4.1 Tercera y definitiva asamblea para la revisión de estatutos:

Esta instancia sirve para rectificar o ratificar el contenido de los estatutos. Se procede a leer muy detenidamente todas y cada uno de los puntos que lo conforman y una vez que se considere que contienen la voluntad de los socios y que se ha abordado adecuada y acertadamente todos los aspectos necesarios para el buen funcionamiento de la Cooperativa de Salud se aprueba definitivamente los Estatutos; no obstante, si fuere necesario una posterior reforma de los mismos, con el consentimiento de la Asamblea General y en cualquier momento se podrá realizarla.

13.2.4.2 Análisis y presentación de documentos a los socios fundadores:

Luego de analizar detenidamente y en varias Asambleas Generales, los requisitos necesarios para la aprobación de los estatutos y para el reconocimiento de su Personería Jurídica, se procederá a recolectar y a la posterior entrega de los siguientes documentos (La documentación deberá estar debidamente foliada, numerada y en una carpeta):

1. Solicitud dirigida al señor Ministro de Bienestar Social.
2. Estatuto original y dos copias, en la última página, la certificación del Secretario Provisional que indique las tres fechas en que se aprobó el Estatuto por parte de la Asamblea General.
3. Original y Copia del Acta Constitutiva en la que debe constar la nómina de la Directiva Provisional, debidamente certificada por el Presidente y el Secretario.
4. Nómina de los socios fundadores en orden alfabético, nombres y apellidos completos, números de cédula de identidad, la firma y rúbrica correspondiente.
5. Copias fotostáticas de las cédulas de identidad y certificado de votación de cada uno de los socios fundadores, en orden alfabético en la misma hoja.

6. Récord Policial de los socios fundadores y de quienes integren en lo sucesivo. Certificado de no adeudar al Municipio.
7. El número de socios no deberá ser menor a 11 miembros.
8. Certificado de depósito bancario a nombre de la cooperativa por un valor equivalente a 10 salarios mínimos vitales generales actualizados.

UNA VEZ APROBADO CON ACUERDO MINISTERIAL PODRAN RETIRAR EL DOCUMENTO CORRESPONDIENTE SOLO LOS MIEMBROS DE LA DIRECTIVA O CON PREVIA AUTORIZACION POR ESCRITO DE ESTA.

13.2.4.3 Plan de trabajo para el primer año:

Es importante destacar que actualmente en varias empresas cooperativas se esta implementando la metodología para la elaboración del plan de desarrollo a mediano y largo plazo, cuyo estudio consiste en conocer el ambiente, nivel de crecimiento y desarrollo alcanzado durante un período de 5 años, así como el determinar el estado actual en cuanto a recursos humanos, servicios, sistemas, procedimientos entre otros aspectos organizacionales. Además, en lo referente a la salud, se debe conocer el diagnóstico de la Comunidad, su Perfil Epidemiológico, los Servicios con que cuenta, etc.

Para tal efecto, se realiza una investigación a nivel de cooperativas en cuanto a aspectos legales, áreas económicas, social y política y la estructura cooperativa, así como una orientación básica del mercado, así como también a nivel comunitario y del Ministerio de Salud, se recolecta la información pertinente al área de Salud que es el motivo principal de la Cooperativa de Salud.

El proceso para la ejecución de un plan de desarrollo, se inicia con la recopilación de información y estudio, posteriormente se diagnostica y se establecen los objetivos para el desarrollo de la institución a través de un seminario de Desarrollo Organizacional (DO) en donde participan dirigentes, personal, ejecutivos y técnicos de la cooperativa.

Los resultados de esta actividad deben ser aprobados por el Consejo de Administración a nivel de objetivos, políticas y estrategias. Finalmente la elaboración del plan de desarrollo con sus proyecciones financieras y metas operativas, es responsabilidad del gerente y su equipo técnico.

13.2.4.4 Capacitación: La cooperativa y los retos de la administración moderna:

LA ERA DE LOS CAMBIOS

“Ninguna generación ha presenciado tantos cambios simultáneos relacionados entre si y de naturaleza global... En muchísimos frentes, nos esperan un par de decenios de sacudidas y reorganización”.

Alvin Toffer

¡ Bienvenidos a este futuro ¡. Una época de cambio rápido, impredecible y que crispera los nervios.

A medida que nos acercamos al siglo XXI la única cosa que podemos estar seguros es que el cambio violento desafiará nuestro entendimiento y removerá las bases del mundo que nos rodea.

“En el curso de 10 años, por lo menos la cuarta parte de los conocimientos y de las practicas aceptadas actualmente se habrán vuelto obsoletas. El promedio de vida de la tecnología ha bajado a 18 meses y continúa descendiendo”.

Dentro de 10 años se habrán multiplicado por veinte el número de personas que trabajen en casa.

“En la actualidad las mujeres poseen más de tres millones de empresas, y hacia el año 2000 serán propietarias de más de la mitad de todas las empresas”.

“la semana laboral de 40 horas se convertirá en dinosaurio, trabajaremos 20% mas y dormiremos 20% menos que hace 10 años”.

Estos como algunos de los ejemplos de lo que puede ser la tendencia generalizada. Estos cambios, se han visto influenciados por las computadoras, símbolo visible y elocuente de rapidez, agilidad, eficiencia, de poderes casi mágicos, de la modernidad agresiva y fascinante.

Como vemos, toda organización social en general y las cooperativas en particular, deben ser dinámicas, cambiantes, desafiantes a un futuro acelerado, integrando a su administración verdaderos sistemas de información, Recursos Humanos altamente competitivos, Recursos tecnológicos de punta, etc., que le permitan mantenerse vogantes en una sociedad donde el que se queda desaparece.

13.2.4.5 Formación del Comité de Salud:

COMITÉ DE SALUD:

13.2.4.5.1 DEFINICIÓN:

Un Comité de Salud es una organización social, que puede tener personería jurídica, cuyos miembros son elegidos democráticamente en asamblea general; las personas que lo integran representan a la población del sector geográfico que corresponde a su Unidad Operativa y que se benefician de los servicios que brinda; participan en la toma de decisiones a nivel de la Unidad Operativa, colaboran con el equipo de salud y ayudan a encontrar soluciones para los problemas sanitarios locales.

13.2.4.5.2 OBJETIVO GENERAL:

Lograr la participación comunitaria en la gestión de las Unidades Operativas y en la implementación de las actividades de salud, para contribuir al desarrollo integral de su comunidad.

13.2.4.5.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Identificar conjuntamente con el equipo de la Unidad Operativa, los problemas de salud sentidos por la comunidad y buscar alternativas de solución.

Apoyar en la organización administrativa de la Unidad Operativa y participar en sus actividades, desde el análisis de la situación hasta la programación local y su evaluación (cogestión administrativa).

Apoyar y estimular los mecanismos de autogestión financiera que favorezcan las actividades de servicio y supervisar todo este proceso (cogestión financiera).

Integrar al equipo de salud a la comunidad, para que conozca sus problemas de salud y se constituya en apoyo para el logro de soluciones.

Promocionar los servicios que brinda la Unidad Operativa en su comunidad y como obtenerlos.

13.2.4.5.4 LA ORGANIZACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD:

13.2.4.5.4.1 LA ELECCIÓN DE LOS MIEMBROS:

13.2.4.5.4.2 LA REPRESENTATIVIDAD DEL COMITÉ DE SALUD:

Siendo la representatividad del Comité de Salud un aspecto importante, debe ser asegurada en debida forma, a fin de dar el peso necesario en el diálogo con el equipo de salud; por consiguiente debemos tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- La preparación y organización de la Asamblea General.
- El número de participantes en la votación.
- Los candidatos para la elección.
- La información a la población.
- La preparación y la Organización de la Asamblea General:

La Asamblea General es la reunión de mayor número de personas de la comunidad, convocada con la debida anticipación para un objetivo bien determinado (en el presente caso, la formación del Comité de Salud). La iniciativa de una convocatoria para la asamblea, puede partir de cada persona responsable de la comunidad; muchas veces si un comité no se ha formado espontáneamente, es el médico de la unidad operativa quien debe tomar la iniciativa; por lo tanto el médico debe entrevistarse con líderes formales y naturales, indicar sobre el objetivo y pedir la colaboración de todos para planificar y organizar la asamblea.

Es importante que se divulgue toda la información necesaria sobre el objetivo y la importancia de la asamblea, utilizando todos los canales de difusión, para que la comunidad y otras organizaciones locales conozcan sobre la realización de la reunión, con la indicación del lugar, fecha, hora y asunto a tratarse.

Toda asamblea será presidida por el representante, líder o delegado de la comunidad, el mismo que será encargado a su vez de presentar a la comunidad al personal de salud.

La votación y el número de participantes:

Los integrantes del Comité serán elegidos por mayoría simple en votación popular de la asamblea general; para que la elección sea válida, es necesaria la presencia en la asamblea del mayor número de personas de la población que depende de la Unidad Operativa, y que exista la promoción y notificación con la debida anticipación.

Antes de organizar la asamblea general, el equipo de salud con los líderes de la comunidad definirán cual es el número mínimo de participantes que se requieren para garantizar la representatividad según el caso: un porcentaje mínimo (1% por ejemplo) de la población total de la cabecera en donde se ubica la Unidad Operativa correspondiente, o un número mínimo de personas que en todo caso tienen que estar presente (ejemplo: 40). De ser posible, todos los barrios o comunidades que forman el área geográfica de responsabilidad de la Unidad Operativa, deben estar representados.

Los candidatos para la elección:

El representante de la localidad que preside la asamblea y el director de la Unidad Operativa tienen que informar a los presentes sobre el objetivo y la importancia de la existencia del Comité de Salud y sobre las responsabilidades específicas de sus miembros; luego solicitarles la candidatura de una o más personas para ser elegidas en las diferentes posiciones de la directiva.

Sería ideal que existan por lo menos 2 candidatos para cada función a designarse, de tal manera que haya la posibilidad de elegir el candidato más idóneo aceptable por la asamblea.

Para ser candidato se requiere:

- Estar en goce de derechos de ciudadanía
- Residir en la comunidad
- Ser honesto, activo y respetado por la comunidad
- Aceptar el compromiso sin derecho a remuneración alguna.

Las personas que trabajan en la Unidad Operativa no podrán ser elegidas como sus miembros, ni sus familiares en primer grado.

La difusión de la información:

Una vez realizada la elección se elaborará el acta respectiva, que deberá ser firmada por todos los elegidos; el presidente enviará copias a las principales autoridades de la localidad y al jefe del área de salud, el original queda para el archivo del Comité de Salud.

La composición del Comité de Salud tiene que ser exhibida en un lugar bien visible de la sala de espera de la Unidad Operativa, mencionando si el caso amerita, el número telefónico y la dirección donde vive cada miembro; igualmente se deben registrar las fechas de las reuniones, y las decisiones que tome la directiva estarán disponibles para conocimiento de los usuarios de la Unidad Operativa.

13.2.4.5.4.3 LA DIRECTIVA DEL COMITÉ DE SALUD:

La Directiva del Comité de Salud estará integrada por los miembros siguientes:

Miembros elegidos, que tienen voz y voto:

Un presidente, un vicepresidente, un secretario, un tesorero y vocales; los vocales serán un mínimo de tres y que incluyan representantes de las organizaciones públicas, privadas o comunitarias importantes.

Miembros de derecho, que tienen voz sin opción a voto:

Todo miembro del equipo de salud de la Unidad Operativa.

Los miembros elegidos durarán en sus funciones por dos años, pudiendo ser reelegidos por una ocasión, si la comunidad así lo solicitare.

En caso de mal funcionamiento de los miembros del Comité de Salud durante por lo menos tres meses, una nueva asamblea general puede reemplazar todo el personal que no ha cumplido con su compromiso.

13.2.4.5.4.4 LAS REUNIONES DEL COMITÉ DE SALUD:

13.2.4.5.4.4.1 LA FRECUENCIA Y LOS OBJETIVOS:

La Directiva del Comité de Salud tendrá sesiones ordinarias una vez al mes o más frecuentemente según las necesidades, asegurándose que todos sus miembros conozcan con la debida anticipación la fecha y lugar de la reunión; los objetivos serán: conocer las actividades que se están desarrollando, discutir los problemas identificados en salud y en el funcionamiento de la Unidad Operativa, informar sobre la situación administrativo-financiera, u otros puntos que los miembros creyeren conveniente.

Las sesiones extraordinarias serán convocadas por el presidente, a pedido de tres miembros del Comité, o por requerimiento del equipo de salud o de la Unidad de Conducción del Area, siempre para la solución de un aspecto específico.

13.2.4.5.4.4.2 LAS DECISIONES Y LA PARTICIPACIÓN:

Para tomar decisiones válidas, es necesaria la presencia de al menos la mitad de los miembros elegidos y de un miembro de derecho. Dentro de los 15 días calendario después de haber recibido el acta de reunión, la Unidad de Conducción del Area podrá emitir su criterio con relación a las decisiones tomadas y solicitar su revisión.

El proceso de toma de decisiones en las reuniones tiene que ser democrático y si es posible por unanimidad; si no se puede obtener el consenso, el caso tiene que ser discutido en una próxima reunión y la decisión se tomará por la mayoría simple de sus integrantes.

En caso de que un miembro elegido del Comité de Salud no participe en tres reuniones consecutivas sin debida justificación, éste tiene que ser reemplazado para el resto del tiempo que dure la directiva. El reemplazo se realizará por mayoría simple de votación entre los miembros de la Directiva.

13.2.4.5.5 LA ORGANIZACIÓN FINANCIERA:

13.2.4.5.5.1 EL ORIGEN DE LOS FONDOS:

Constituirán el patrimonio de la comunidad bajo gestión del Comité, los fondos provenientes de las colaboraciones y/o aportes voluntarios de los miembros de la comunidad y los que procedan de las actividades que realicen para su consecución.

El monto de la contribución voluntaria tiene que ser decidido por la Unidad de Conducción del Area y el Comité, previa consulta a la comunidad reunida en asamblea general, buscando una uniformidad en todas las Unidades Operativas del área que se encuentran en situación comparable; puede el Comité de Salud eximir de su contribución a la gente que está en la imposibilidad de darla, para estar de acuerdo con los principios de justicia y de equidad.

Para organizar la contribución, se utilizará una recibera con el valor de la donación registrada en el talonario y en el recibo que se entrega a la persona; ningún aporte puede hacerse en relación con actividades preventivas, salvo recuperación de costo de los insumos cuando no están disponibles en el programa.

13.2.4.5.2 LA GESTIÓN DE LOS FONDOS:

Los ingresos relacionados con el Comité y la Unidad Operativa deberán ser retirados por el tesorero semanalmente o con menor frecuencia (según casos) y depositados en un banco, con la frecuencia que definan sus miembros.

El Comité y el director de la Unidad Operativa llevarán registros de contabilidad definidos por la Unidad de Conducción del área; los mismos que estarán sujetos a revisiones periódicas por el responsable financiero del área, y por el equipo de supervisores de la Unidad de Conducción del Area.

13.2.4.5.3 LA UTILIZACIÓN DE LOS FONDOS:

- Los fondos serán utilizados respetando el principio de la cogestión (equipo de salud y miembros del Comité de Salud), tomando en cuenta que los recursos financieros provienen de diferentes fuentes y que son:
 - Recursos generados por las actividades realizadas en la Unidad Operativa (consultas de morbilidad, actividades de odontología, de laboratorio, etc.).
 - Recursos generados dentro de un sistema de fondo rotativo (por ejemplo la botica); estos recursos serán utilizados exclusivamente dentro del objetivo del mismo fondo rotativo (sea botiquín, laboratorio, odontología, u otros según el caso).
 - Recursos de actividades realizadas por el Comité de Salud fuera del servicio médico, o provenientes de donaciones.

- El Comité invertirá todos los fondos que obtenga a favor exclusivamente de la Unión Operativa, lo que incluye gastos por:
- La adquisición de materiales, medicinas e insumos administrativos, médicos y odontológicos
- Reparaciones, mantenimiento y mejoramiento de la Unidad Operativa.
- Contratación de personal complementario por período de hasta un año a petición de la Unidad Operativa y con la autorización y visto bueno de la Unidad de Conducción del Area.
- Pago de servicios como son: luz, agua, u otros (por ejemplo gastos relacionados con referencias, movilización de pacientes indigentes).
- En caso que el Comité crea necesario realizar inversiones, tanto en la infraestructura como en equipo médico o administrativo, éstas se harán previo visto bueno de la Unidad de Conducción del Area. Todos los bienes adquiridos para la Unidad Operativa entrarán en inventario de la misma. Pudiendo cambiarse su ubicación o destino en decisión conjunta entre el Comité de Salud, el equipo de salud y la Unidad de Conducción del Area.

13.2.4.5.6 ATRIBUCIONES Y ACTIVIDADES DE LA DIRECTIVA Y SUS MIEMBROS:

13.2.4.5.6.1 SON ATRIBUCIONES DEL PRESIDENTE:

- Representar al Comité de Salud y suscribir en nombre de él, todo tipo de actas, convenios y contratos.
- Convocar y presidir las sesiones.
- Coordinar con el equipo de salud, las actividades de apoyo que se decidan realizar.
- Organizar cada 2 años una asamblea general para elegir o reelegir un nuevo Comité de Salud.
- Responder con el Tesorero el manejo y custodia de los fondos.
- Presentar un informe mensual de las actividades y del movimiento financiero a la Directiva y a la Jefatura del Area.

- Reunirse quincenalmente en la Unidad Operativa con el médico y el tesorero de la directiva, para hacer el control de la contabilidad y enterarse de las necesidades y problemas de funcionamiento de la unidad.
- Realizar otras labores que le sean encomendadas.

13.2.4.5.6.2 SON ATRIBUCIONES DEL VICE-PRESIDENTE:

- Reemplazar al presidente en su ausencia.
- Realizar labores propias del cargo, que le sean encomendadas por el Presidente o por los miembros de la directiva.
- Apoyar las decisiones que tome la directiva del Comité de Salud.

13.2.4.5.6.2 SON ATRIBUCIONES DEL TESORERO:

- Organizar y mantener al día la contabilidad.
- Llevar un registro de los ingresos y egresos de los fondos y del movimiento de los equipos, materiales y medicamentos que adquiera el Comité de Salud, con los justificativos correspondientes.
- Recaudar e inventariar los bienes provenientes de donaciones o legados destinados al Comité de Salud.
- Responder con el Presidente y el Director de la Unidad Operativa del manejo y custodia de los fondos, así como de todos los ingresos.
- Informar mensualmente a la comunidad, al personal de la Unidad Operativa y a la Unidad de Conducción del área sobre la situación económica del Comité de Salud.

13.2.4.5.6.3 SON ATRIBUCIONES DEL SECRETARIO:

- Elaborar las actas de cada reunión, presentarlas al presidente, dar lectura para su aprobación y registrarlas en el libro respectivo, enviar copias debidas en los 5 primeros días después de la reunión.
- Encargarse del archivo y la correspondencia.
- Citar a las reuniones ordinarias y extraordinarias por pedido del presidente y sobre la

base de un orden del día.

13.2.4.5.6.4 SON ATRIBUCIONES DE LOS VOCALES:

- Reemplazar a los miembros principales de la Directiva, cuando éstos se ausenten, a excepción del tesorero y por un mes máximo.
- Intervenir en las sesiones del Directorio con derecho a voz y voto.
- Presidir las Comisiones de Salud respectivas y motivar la participación de la población.

13.2.4.5.6.5 SON ATRIBUCIONES DE LOS MIEMBROS DE DERECHO:

- Informar al Comité de Salud sobre todos los problemas de funcionamiento de la Unidad Operativa y recaudar los fondos para entregar al tesorero de la Directiva.

13.2.4.5.6.6 SON ATRIBUCIONES DE LA DIRECTIVA:

- Mantener reuniones con el equipo de salud para conocer las actividades que vienen realizando, y los problemas de funcionamiento de la Unidad Operativa; discutir los problemas de salud identificados y proponer soluciones.
- Participar activamente en la planificación y ejecución de los diferentes programas que lleva la Unidad Operativa y las organizaciones locales.
- Programar y organizar Talleres de autoformación en salud y en el área financiera, con la orientación y participación del equipo de salud y otras autoridades del nivel de la Jefatura.
- Organizar comisiones de trabajo y vigilar su cumplimiento.
- Fortalecer la coordinación con el personal de la Unidad Operativa y los miembros del Comité de Salud.

13.2.4.5.7 LA PARTICIPACIÓN Y LA CO-GESTIÓN:

La Participación y la co-gestión son aspectos muy importantes y esto quiere decir que tanto

el Comité de Salud como el equipo médico tienen una responsabilidad específica en los aspectos siguientes:

- La gestión financiera relacionada con la Unidad Operativa
- La gestión de los recursos humanos de la Unidad Operativa
- La gestión administrativa de la Unidad Operativa
- La gestión técnica de actividades de la Unidad Operativa y del Comité de Salud.
- El principio de la participación de la cogestión incluye la existencia de dos compañeros afines que están en diálogo continuo entre ellos, basándose en un principio de igualdad del valor entre compañeros; en nuestro caso específico, los dos compañeros son: de un lado la comunidad representado por el Comité de Salud, y del otro lado el equipo de salud de la Unidad Operativa, que representa al MSP.
- El diálogo se hace conociendo y respetando las responsabilidades, la riqueza y las experiencias específicas de cada uno. La cogestión no quiere decir que se hace la misma gerencia con dos, sino que cada uno de los compañeros tiene una parte específica y bien definida de la responsabilidad. La participación significa que cualquier decisión sobre aspectos de gestión, planificación, ejecución o evaluación, se toma en diálogo entre los compañeros.

13.2.4.5.7.1 LA CO-GESTIÓN FINANCIERA RELACIONADA CON LA UNIDAD OPERATIVA Y EL COMITÉ DE SALUD:

- Todos los ingresos relacionados con el Comité de Salud (contribuciones voluntarias) y/o con el consumo de materiales o venta de medicamentos en la Unidad Operativa, deben ser remitidos regularmente (cada día, bisemanal, o semanalmente según el caso) al tesorero del Comité de Salud, mediante un recibo firmado en duplicado por el director de la Unidad Operativa y el tesorero. De acuerdo a la situación local y a la cantidad que se trate, el tesorero depositará el dinero en una cuenta bancaria, de ahorros, o en un lugar seguro (en caso de no existir banco en el lugar o de tratarse de cantidades pequeñas de dinero).
- Es responsabilidad del Comité de Salud buscar los mecanismos adecuados para recuperar la contribución de la gente que es renuente a colaborar, evitando de esta

manera una descapitalización de los fondos rotativos.

- La recaudación la hará la auxiliar de enfermería u otro recurso no médico de la Unidad Operativa (salvo de existir únicamente un médico como recurso), se organizará para cualquier actividad curativa. Una contribución para partos en la Unidad Operativa, puede ser definida como compensación del material utilizado, sin que esto implique un honorario para el profesional. Ninguna contribución será relacionada con actividades preventivas.
- Todos los pagos de gastos serán hechos de común acuerdo entre el Comité de Salud y el equipo de la Unidad Operativa, concretizado por firmas conjuntas (presidente o tesorero del Comité y director de la Unidad Operativa) de un documento relacionado al pago (chequera con dos firmas, retiro de una libreta de ahorro basándose en dos firmas, u otro).
- Todos los fondos que se obtengan serán utilizados a favor exclusivamente del servicio de salud de la Unidad Operativa; los gastos se harán de acuerdo a los lineamientos generales y prioridades siguientes:
- Mensualmente el monto total de los ingresos relacionados con la botica de la Unidad Operativa, será depositado en la cuenta de la Farmacia – Bodega del área, y serán utilizados exclusivamente para la compra de medicamentos. El médico director enviará cada mes a la Unidad de Conducción del Área el listado de medicamentos por comprarse, de tal manera que se garantice un stock para dos meses. El precio de medicamentos está regulado por el Reglamento Financiero de las Farmacias Institucionales del MSP.
- Mensualmente serán comprados, en la Farmacia – Bodega de Área, los insumos necesarios (sean administrativos, médicos, odontológicos, reactivos u otros materiales de laboratorio), de tal manera que se prevea un stock suficiente que garantice el funcionamiento de cada servicio médico.



- De existir el personal contratado temporalmente por el Comité de Salud, recibirá mensualmente una bonificación por su trabajo, cuyo monto será definido de común acuerdo y que en ningún caso pasará el salario mínimo vital.
- Mensualmente se pagarán los servicios utilizados en la Unidad Operativa como son: luz, agua u otros, siempre que no existan fondos en la partida presupuestaria correspondiente.
- El pago de reparaciones, gastos de mantenimiento y mejoramiento de menor cuantía de la Unidad Operativa.

13.2.4.5.7.2 LA CO-RESPONSABILIDAD DEL COMITÉ DE SALUD EN LA GESTIÓN DE PERSONAL:

- El personal de servicio del MSP (representado por la Unidad de Conducción del Area) está bajo la dependencia laboral del mismo. El Comité de Salud colaborará con todos en la Unidad Operativa, buscando siempre las relaciones más cordiales y de confianza; puede modificar en diálogo con el equipo de salud, su horario de trabajo, siempre y cuando se respeten las normas oficiales y legales (40 horas en la semana, repartidas en 5 días laborables o más).
- Si hubiere personal contratado temporalmente por el Comité de Salud estará bajo su dependencia, con quién mantendrá sobre todo relaciones de tipo administrativo, siendo los aspectos técnicos de la responsabilidad del director de la Unidad Operativa.
- En caso de presentarse problemas de funcionamiento en la Unidad Operativa por razones de los recursos humanos (sea por una presencia irregular, ausencia no justificada, comportamiento inaceptable, venta indebida de medicamentos, malas relaciones de cualquier tipo, u otro), una línea de conducta podría ser la siguiente:

- El presidente del Comité de Salud entra en diálogo con el director de la Unidad Operativa, informándole sobre las quejas de la comunidad, y busca con él una solución legal; en caso de no encontrar una solución amistosa, el problema tiene que ser discutido en la próxima reunión del Comité de Salud, buscando en lo posible una solución local. A través del acta de la reunión, la Unidad de Conducción del Area tendrá conocimiento de la existencia del problema.
- En la próxima supervisión, el supervisor verificará que el problema esté resuelto, caso contrario, tratará de mediar y/o buscar una solución.
- Cuando un problema aparentemente no se resuelve en el ámbito local, el Comité y/o el supervisor solicitará oficialmente la intervención de la Unidad de Conducción del Area para tomar las decisiones adecuadas del caso.
- En caso de presentarse problemas de funcionamiento en la Unidad Operativa por la falta de Recursos Humanos, una línea de conducta para el Comité podría ser la siguiente:
 - Solicitar al MSP, respetando los niveles jerárquicos (la Unidad de Conducción del Area) o utilizando los niveles políticos cuando sea necesario, la contratación temporal de dicho personal, presentando todos los justificativos requeridos.
 - Proponer a la Unidad de Conducción del Area el involucramiento del personal denominado "contratado temporal", garantizando la entrega de una bonificación mensual justificada según el caso, pero que nunca será mayor de un salario mínimo vital.
 - El procedimiento para la contratación de personal temporal es el siguiente:
 - Junto con el equipo de salud, el Comité de Salud presentará a la Unidad de Conducción de Area el pedido de un recurso específico (sea auxiliar de enfermería, auxiliar de odontología, u otro), justificando su necesidad basándose en la carga de trabajo en la Unidad Operativa utilizando datos concretos de producción u otros.

- La Unidad de Conducción del Area analiza la situación, en caso de estar de acuerdo define con el Comité de Salud y el equipo de Salud el perfil mínimo del recurso para contratar; en caso de no estar de acuerdo, lo justifica con argumentos técnicos, administrativos o legales.
- Una comisión de tres personas (una del Comité de Salud, una del equipo de salud y una de la Unidad de Conducción del Area) hace la selección y aceptan un candidato, definiendo en común acuerdo la bonificación que se le pagará.

LA CO-GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LAS ACTIVIDADES:

- El Comité de Salud se responsabiliza de enviar un informe de cada reunión al equipo de salud y a la Unidad de Conducción del Area, en el que mencionarán todos los problemas relacionados con el funcionamiento de la Unidad Operativa, y que fueron discutidos en la reunión.
- El equipo de salud se responsabiliza de informar al Comité de Salud todos los aspectos administrativos relacionados con la Unidad Operativa, como son por ejemplo: los resultados de las supervisiones y de las evaluaciones, los datos de producción y de cobertura de la Unidad Operativa, y su interpretación.

LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE SALUD:

Si bien el equipo de la Unidad Operativa tiene responsabilidad de desarrollar las actividades técnicas así como la organización y la coordinación para el cumplimiento de actividades o programas específicos, el Comité de salud colaborará en la planificación y ejecución de éstas actividades para lo que buscará si es necesario, recursos comunitarios que apoyen ciertas actividades y que constituyan las Comisiones de Salud.

El Comité de Salud puede formar comisiones de salud, que son grupos de personas organizadas para ayudar al equipo de salud de la Unidad Operativa en el cumplimiento de programas específicos; pueden formarse comisiones según las actividades que quieran desarrollarse, pero sugerimos la creación de los dos más importantes:

- La Comisión Materno Infantil
- La Comisión de Saneamiento Básico
- El número de miembros estará a criterio del Comité de Salud, pudiendo ser generalmente de tres personas y estarán presididas por cada uno de los vocales titulares del Comité de Salud.
- En caso de organizar las comisiones de trabajo, es necesario definir bien los objetivos y las actividades de los mismos; sugerimos las siguientes:
 - Comisión de Materno Infantil:
 - Será la encargada de velar por la salud de la mujer y del niño a través de las siguientes acciones:
 - Captación de embarazadas, lactantes y niños menores de 5 años en colaboración con la CVR y Promotores de Salud para su referencia a la Unidad Operativa correspondiente
 - Informar y educar sobre cuidados prenatales, lactancia materna, control de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y nutrición.
 - Informar y educar a la comunidad sobre el programa de inmunizaciones para niños y mujeres en edad fértil.
 - Comisión de Saneamiento Básico:
 - Buscar la participación de la comunidad y el equipo de salud en la realización de actividades de saneamiento básico como son: la construcción de abastos de agua, campañas de letrización, limpieza de la comunidad, disposición de basuras, higiene de la vivienda y otras.
 - Colaborar con las acciones que desarrolle el inspector sanitario en la comunidad.
 - Coordinar con otros sectores e instituciones interesadas en el control del medio ambiente.

13.2.4.5.8 DISPOSICIONES GENERALES:

Los problemas que se presentaren en el ámbito local, serán resueltos de común acuerdo con el director de la Unidad Operativa, si fuere necesario se comunicará y se resolverá a nivel de la Unidad de Conducción del Area, pero en ningún caso fuera de éste ámbito.

13.2.5 Quinta Etapa:

13.2.5.1 Elaboración y presentación de toda la documentación sobre la legalización de la cooperativa de salud, en la Dirección Nacional de Cooperativas:

Reglamento General de la Ley de Cooperativas:

Art. 9. Para obtener la aprobación del Estatuto de la cooperativa y su constitución legal, el Directorio Provisional deberá presentar ante el Ministerio de Previsión Social y Cooperativas los siguientes documentos:

Una solicitud de aprobación del Estatuto, dirigida al Ministro de Previsión Social y Cooperativas;

Una certificación del técnico, difusor o promotor, que haya asesorado a la Cooperativa, de que los miembros de ella se hallan bien enterados de sus objetivos y de que han recibido suficiente instrucción doctrinaria;

Una copia del acta constitutiva de la Asamblea General en la que se haya designado el Directorio Provisional, con la nómina de sus miembros;

El Estatuto en tres ejemplares, escrito con claridad, y que contendrá las siguientes especificaciones:

- Nombre, domicilio y responsabilidad de la cooperativa;
- Sus finalidades y campo de acción;
- Los derechos y obligaciones de los socios;
- Su estructura y organización interna;
- Las medidas de control y vigilancia;
- La forma de constituir, pagar o incrementar el capital social;
- El Principio y el término del año económico;
- El uso y distribución de los excedentes;
- Las causas de disolución y liquidación de la cooperativa;
- El procedimiento para reformar el estatuto, y
- Las demás disposiciones que se considere necesarias para el buen funcionamiento de la cooperativa, en tanto no se opongan a la Ley y al presente Reglamento;
- Una certificación del Secretario, al final del estatuto, de que éste fue discutido en tres sesiones y aprobado;
- Tres copias de la lista de los socios fundadores, con las especificaciones siguientes: nombre, domicilio, estado civil, ocupación y nacionalidad de cada socio, número y valor de los certificados de aportación que suscribe, cantidad que paga de contado, el número de cédula de identidad y su firma;
- Certificación de la autoridad competente, al final de la lista a que se refiere el número anterior, de que los miembros de la cooperativa la firmaron en su presencia. Esta certificación la podrá extender el Gobernador, el Jefe Político, el Teniente Político o un funcionario de la Dirección Nacional de Cooperativas;
- Comprobante del depósito bancario de por lo menos el 50% del valor de los certificados de aportación que hayan suscrito los socios.

13.2.5.2 Tramitar la legalización en la Dirección Nacional de Cooperativas:

Una vez que los socios han entendido claramente la filosofía de la Cooperativa de Salud, su Visión, su Misión, sus Objetivos, sus Metas, su Importancia en el quehacer económico, social, político y de Sanidad de la Comunidad, sus campos de acción, sus Políticas y estrategias, que hayan definido sus cuadros organizacionales (Asamblea General, Consejo

de Administración, Consejo de Vigilancia, Comité de Salud, Gerencia), hayan estructurado sus Estatutos, recolectado los documentos personales necesarios para conformar una Cooperativa de Salud, etc., se procede a presentar dichos documentos en el Departamento Jurídico, de la Dirección Nacional de Cooperativas del Ministerio de Bienestar Social Ecuatoriano, para que esta instancia, una vez analizada toda la documentación acredite a la Cooperativa de Salud de Limoncocha la personería jurídica necesaria para que pueda laborar adecuadamente en beneficio de los socios de la Cooperativa en particular y de la Comunidad de Limoncocha en general.

13.2.5.3 Elaborar los reglamentos y procedimientos internos, definir la estructura orgánica – funcional de la empresa cooperativa:

La Asamblea General de Socios:

“La Asamblea General, que reúne o representa a la totalidad de los socios, es el órgano soberano, la fuente de toda autoridad y de todo poder dentro de la institución. Si ha sido convocada regularmente, las decisiones adoptadas en las formas prescritas son válidas para todos los socios, incluso los ausentes”.

La cooperativa es una empresa administrada por sus mismos socios, quienes en su calidad de dueños y copropietarios de la entidad nombran sus directivos y toman por mayoría de votos las decisiones que conlleva la gestión social, económica y administrativa de la misma; y así lo hacen reunidos en Asambleas Generales, utilizando procedimientos eminentemente democráticos preconizados universalmente por el sistema cooperativo.

La Asamblea General de Socios se reúne estatutariamente una o dos veces al año para revisar y aprobar las operaciones realizadas durante el semestre o año anterior y para establecer las metas y políticas a seguirse en adelante.

Cada miembro de la cooperativa tiene derecho a expresar sus opiniones y a registrar su voto en las resoluciones. Así retienen los socios el control democrático de la entidad; pero es la mayoría de opiniones en vez del dinero lo que gobierna; todos los socios tienen iguales

obligaciones y derechos; todos hacen uso del voto y en deliberación democrática y popular eligen o pueden ser elegidos para los cargos directivos, sin tomar en cuenta las aportaciones económicas, sino más bien las cualidades morales o intelectuales.

La Asamblea General legalmente constituida es el organismo de mayor jerarquía dentro de la sociedad cooperativa y los acuerdos en ella tomados, son obligatorios para los demás organismos y todos los socios tanto presentes como ausentes. Hay dos clases de Asamblea General: las ordinarias y las extraordinarias.

La Asamblea General Ordinaria:

Denominada así porque se conoce por medio del Estatuto y con mayor precisión por medio del reglamento interno, las fechas de su celebración y además porque los asuntos que en ella se tratan corresponden a una reunión normal y regular. La Asamblea General Ordinaria es convocada dos veces al año: una la anual en enero y otra la agencia semestral en julio. Al respecto, las funciones y responsabilidades que le señala la Ley de Cooperativas y su Reglamento General, son:

- Reformar el estatuto;
- Aprobar el plan de trabajo de la cooperativa;
- Autorizar la adquisición de bienes o la enajenación o gravamen total o parcial de ellos;
- Conocer los balances semestrales y los informes relativos a la marcha de la cooperativa y aprobarlos o rechazarlos;
- Decretar la distribución de los excedentes, de conformidad con la Ley, este reglamento y el estatuto;
- Elegir y remover, con causa justa, a los miembros del Consejo de Administración y Vigilancia, de las comisiones especiales y a sus delegados ante cualquier institución a la que pertenezca la entidad, con sujeción a lo prescrito en el estatuto;
- Relevar de sus funciones al Gerente, con causa justa;
- Acordar la disolución de la cooperativa, su fusión con otra u otras y su afiliación a cualquiera de las organizaciones de integración cooperativa, cuya afiliación no sea

obligatoria;

- Autorizar la emisión de certificados de aportación; y,
- Resolver en apelación sobre las reclamaciones y conflictos de los socios entre sí o de éstos con cualquiera de los organismos de la cooperativa.

En nuestro país, tomando como uno de los indicadores de evaluación, la periodicidad de las Asambleas Ordinarias, se determina que en el año de 1987, 227 Cooperativas, es decir el 65.61% realizan Asambleas semestralmente; 87 cooperativas (23.70%) se reúnen en Asamblea General anualmente, y 37 (10.69%) lo hacen en forma irregular.

En cuanto a la composición de las Asambleas, el 22.77% se constituyen con la participación directa de los socios y el 7.23% se constituyen con la presencia de delegados en función de lo estipulado por la Ley de Cooperativas.

La participación de los socios y/o delegados en las Asambleas Generales se da en el siguiente orden: el 35.26% de los casos, se da una participación inferior al 50%; el 35.55% de los casos, hay una participación superior al 50% de socios y/o delegados y en el 29.19% de los casos hay una participación superior al 75%.

La Asamblea General Extraordinaria:

Llamada así porque puede ser convocada en cualquier fecha del año y porque en ella se tratan asuntos que tienen carácter de emergencia o imprevistos, que no pueden esperar en muchos casos la fecha de una Asamblea Ordinaria.

Estos asuntos son generalmente los siguientes:

- Reformar el estatuto;
- Adquisición o enajenación de bienes;
- Afiliación o desafiliación de la cooperativa a los Organismos de Integración Cooperativa que no obliga la Ley de la materia y nombramientos de delegados ante los mismos;

- Resolver sobre conflictos y reclamos de los socios y organismos de la cooperativa;
- Tratar sobre la fusión con otras cooperativas; y,
- Resolver sobre la liquidación de la cooperativa.

La Asamblea General de Representantes:

Ante el desarrollo inusitado de las cooperativas en el Ecuador, sobre todo de las de ahorro y crédito, muchas de las cuales cuentan con membresías de miles de afiliados, circunstancia que volvía impracticable la realización de las Asambleas Generales de Socios, por obvias razones, y tomando en cuenta la disposición del Art. 25 del Reglamento General de cooperativas, que faculta a las cooperativas que tienen más de 200 socios, realizar Asambleas Generales por medio de delegados distritales, barriales o parroquiales, fue expedido el Decreto Ejecutivo #2572 del 7 de junio de 1978, publicado en el registro oficial #615 del 26 de junio de 1978, el mismo que dice en su parte resolutive:

Art. 1.-Cuando una cooperativa esté formada por 2000 o más afiliados, las Asambleas Generales se constituirán obligatoriamente, con representantes o delegados, que serán elegidos por los asociados en votación personal, directa y de su afiliación en los registros de la cooperativa, en la siguiente forma y proporción:

- Las que fluctúen entre 2000 socios y menos de 5000, elegirán un representante principal y un suplente, por cada serie numérica de 100 socios;
- Las que estuvieren constituidas por 5000 socios y menos de 10000, elegirán un representante principal y un suplente por cada serie numérica de 200 socios;
- Las que estuvieren formadas por 10000 socios y menos de 20000, elegirán un representante principal y un suplente, por cada serie numérica de 500 socios; y ,
- Las que tengan 20000 o más afiliados, elegirán un delegado principal y dos suplentes por cada serie numérica de 1000 asociados.

Art. 2.-Serán miembros natos de el Asamblea General de delegados los miembros del Consejo de Administración y Vigilancia que se encontraren en ejercicios de sus funciones.

Art. 3.- Los delegados de la Asamblea General durarán en sus funciones el periodo de un año, pudiendo ser elegidos indefinidamente.

Art. 4.-La convocatoria a Asamblea General de Delegados se hará de conformidad con lo establecido en el Art.32 de la Ley de Cooperativas y los Art. 28, 29 y 30 del Reglamento General de esta Ley.

Art.5.- La Asamblea General de Representantes tratará de los asuntos establecidos en el Art. 31 del Reglamento General de Cooperativas.

Art. 6.- Los Consejos de Administración de las cooperativas que tengan 2000 o más afiliados, deberán elaborar el correspondiente Reglamento de Elecciones y someterlo a la aprobación de la Dirección Nacional de Cooperativas.

Art.7.- El presente decreto por ser especial, prevalecerá por sobre todas las leyes, decretos o acuerdos que se le opusieren y entrará en vigencia a partir de la publicación en el registro oficial.

Convocatoria a las Asambleas Generales:

Al respecto, El Reglamento General de Cooperativas dice lo siguiente:

Art. 28.- Las citaciones a las Asambleas Generales Ordinarias o Extraordinarias las firmará el Presidente de la Cooperativa por iniciativa propia o a pedido del Consejo de Administración, del Consejo de Vigilancia, del Gerente o de la tercera parte de los socios.

Art. 29.- Si hay pedido escrito de los Consejos de Administración o de Vigilancia, del Gerente o de la tercera parte de los socios, el Presidente se negara sin causa justa a firmar la

convocatoria, ésta la podrá firmar el Presidente de la respectiva Federación o a falta de ella el Director Nacional de Cooperativas.

La convocatoria a las Asambleas Generales tienen que hacerse de tal manera que todos los socios se enteren de ella oportunamente. En lo posible la citación la deben recibir personalmente y por escrito o a través de la prensa, radio, cartelones, etc. La convocatoria debe señalar con exactitud y claridad la fecha, la hora y el lugar de la reunión. Deberá estar firmada indefectiblemente por el Presidente y contendrá el Orden del Día de la Asamblea.

Se considera legalmente instalada la Asamblea una vez que el Presidente lo proclama así, luego de constatar el quórum señalado por el Estatuto, generalmente la mitad más uno de los socios presentes y en pleno goce de sus derechos. En la actualidad la mayor parte de las cooperativas han incorporado a su respectivo Estatuto, la disposición contenida en el Art. 30 del Reglamento General de cooperativas que dice: en la citación que se haga para la Asamblea General, además de señalar en el Orden del Día, la hora, el lugar y la fecha de la reunión, se podrá indicar que de no haber quórum para la hora señalada, los socios quedarán citados por segunda vez una hora después de la primera citación; y la Asamblea se realizará con el número de socios que haya entonces. En todo caso, este particular deberá constar en la convocatoria para que tenga validez la Asamblea.

El Consejo de Administración:

“La Asamblea General Anual, dada la imposibilidad de encargarse directamente de los negocios corrientes de la cooperativa, delega una parte de su autoridad en un Consejo de Administración elegido entre sus miembros”.

Esté Consejo deberá tomar decisiones oportunas y realizar con facultades ejecutivas la administración general de la cooperativa; pero así como recibió la autoridad de la Asamblea General, tiene a su vez la obligación de responder e informar de sus labores ante la misma.

El Consejo de Administración no puede ejercer sus poderes sino colectivamente, es decir, que sin mandato especial ninguno de sus miembros puede arrogárselos individualmente. Por lo general, puede sin embargo, delegar su autoridad o una parte en uno o varios de sus

miembros; el mandato que así otorgue debe ser definido con exactitud y estar limitado en el tiempo.

El Consejo de Administración, naturalmente, puede subdividirse en comités; también se halla facultado para nombrar comités de personas que no sean miembros del Consejo para la propaganda, la educación, las obras sociales de la cooperativa, etc.

Los miembros del Consejo de Administración no reciben remuneración, teniendo derecho, sin embargo, a una indemnización por los gastos efectuados en el ejercicio de sus funciones.

El número de miembros del Consejo de Administración está en relación con el número de socios que tiene la cooperativa, conforme lo estipula el Art. 35 del Reglamento General de Cooperativas, que dice: Los Consejos de Administración y Vigilancia tendrán un número variable de miembros, según la cantidad de socios con que cuente la cooperativa. Así en las cooperativas que tengan el mínimo legal, el Consejo de Administración y Vigilancia tendrán tres miembros cada uno. En las cooperativas que lleguen a 50 socios, el Consejo de Administración tendrá 7 miembros y 3 de Vigilancia. Y en las cooperativas que pasen de cien socios, el Consejo de Administración tendrá 9 miembros y 5 de Vigilancia.

Dentro del grupo, en los 8 días subsiguientes a la elección, eligen al Presidente, al Secretario y más dignidades que duran en sus funciones un año, pudiendo ser reelegidos indefinidamente. El Presidente del Consejo de Administración es a la vez, Presidente nato de la Cooperativa. De igual manera el Secretario del Consejo lo es también de la Cooperativa.

El Consejo, haciendo uso de sus facultades ejecutivas organiza y dirige la administración. Nombra un Gerente y se rodea de Comisiones Especiales a las que les asigna labores específicas como: salud, educación, crédito, asuntos sociales, etc. Con la colaboración de las comisiones y la gerencia formula planes de trabajo, elabora presupuestos, aprueba reglamentos y toma decisiones en términos generales el desarrollo de la entidad y el

ofrecimiento de buenos servicios para sus asociados.

Para 1987, a nivel nacional se registraron la existencia de 2388 socios de cooperativas con funciones directivas en el Consejo de Administración. Analizando el funcionamiento del Consejo de Administración, observamos que en 258 cooperativas (75.88%) este organismo funciona regularmente y en 82 casos (24.12%) lo hace en forma irregular.

La periodicidad con que funciona el Consejo de Administración en las diversas cooperativas se clasifica de la siguiente manera: en 86 cooperativas (26.46%) el Consejo de Administración se reúne semestralmente; en 78 casos (24%) lo hace quincenalmente; en 109 organizaciones (33.54%) el Consejo funciona con una periodicidad mensual; en 33 cooperativas (10.15%) se reúne trimestralmente; y, cada semana lo hacen 19 casos (5.85%). En 268 cooperativas (78.82%) se establece la existencia de un fenómeno de rotación y alternabilidad normal entre los miembros del Consejo de Administración, mientras que en 72 casos (21.18%) tal relación y alternabilidad en el desempeño de funciones no existe, bien sea por carencia de cuadros directivos, por desinterés de los socios o por un funcionamiento irregular de las cooperativas.

En 258 casos (75.88%) se señala una participación regular y un cumplimiento responsable de las funciones de los Consejos de Administración, mientras que en 82 organizaciones (24.12%) se menciona la participación irregular de los miembros del Consejo de Administración en las funciones del mismo.

259 cooperativas (76.16%) señalan la existencia de una programación específica de las actividades; esto no sucede en 81 cooperativas (23.82%) en donde no existe programación y preparación previa siendo objeto de total improvisación el cumplimiento de funciones del organismo.

242 cooperativas (71.18%) expresan la existencia de seguimiento periódico de las resoluciones y tareas del Consejo de Administración, 98 cooperativas (28.82%) manifiestan la inexistencia de seguimiento a la programación, y la descordinación entre aquello que se

resuelve y lo que realmente se realiza.

Consejo de Vigilancia:

Los socios de la cooperativa reunidos en Asamblea General, luego de nombrar al consejo encargado de la administración, designan también a otro organismo llamado Consejo de Vigilancia, al que le toca desempeñar específicamente funciones y responsabilidades de fiscalización y control, tales como:

Asegurar que los funcionarios de la administración, cumplan sus deberes sin abusar de la autoridad otorgada por la Asamblea y el Estatuto;

Que la administración en general se desenvuelva por causas de legalidad y moralidad.

Que los servicios que reciben los socios sean concedidos sin privilegios y la oportunidad debida; y,

Que los bienes sociales de la institución se hallen debidamente asegurados.

Para cumplir con su importantísima misión deberá efectuar verificaciones periódicas que abarquen los aspectos administrativos, contables, financieros y legales. En caso de encontrar deficiencias y problemas deberá informar de inmediato al Consejo de Administración que tiene facultades ejecutivas y de ser muy graves pedir al mismo organismo la convocatoria a una Asamblea General Extraordinaria para conocimiento de los socios.

Un total de 1429 miembros de las cooperativas en todo el país, han sido destinados a cumplir funciones de control en calidad de integrantes del Consejo de Vigilancia.

En 202 cooperativas (59.59%) este organismo funciona regularmente y en 137 casos (40.41%) lo hacen en forma irregular debido básicamente a la carencia de formación específica y experiencia limitada en el desempeño de este tipo de funciones.

El Consejo de Vigilancia funciona con una periodicidad semanal en 46 organizaciones (18.04%), quincenalmente en 61 cooperativas (23.92%); mensualmente en 96 casos (37.65%); trimestralmente en 30 (11.76%), y cada 6 meses en 22 cooperativas (8.63%). 265 (78.40%) mencionan la existencia de rotación y alternabilidad en los integrantes del Consejo de Vigilancia, hecho que no ocurre en 73 cooperativas (21.60%).

En 234 casos (69.85%) la participación y el desempeño de los consejeros de vigilancia es regular, al contrario de lo que ocurre en 101 organizaciones (30.15%) en donde la participación es irregular.

296 cooperativas (88.36%) consideran que la actuación de sus respectivos Consejos de Vigilancia se ajusta rigurosamente a las disposiciones legales, estatutarias y reglamentarias; el 11.64% restante es decir 39 cooperativas estiman que la actuación de sus respectivos organismos de control no se sujetan a lo dispuesto legalmente, dejando entrever la existencia de un relativo nivel de conflicto entre los órganos de dirección de la cooperativa.

La Gerencia:

El Gerente es uno de los principales funcionarios de la cooperativa, y su representante legal, es el personero central de la administración, ejecutor de la actividad global de la entidad.

Generalmente el triunfo o el fracaso de la cooperativa se lo atribuye e identifica con la gestión gerencial.

El gerente recibe los delineamientos generales de los planes de trabajo, aprobados por la Asamblea General o el Consejo de Administración y puede ser removido del cargo por el mismo organismo, por causas legales. Antes de entrar al desempeño de sus funciones debe rendir una caución, cuyo tipo y cuantía lo señala el mismo Consejo de Administración.

El Gerente debe tener una serie de cualidades de orden moral y técnico. Es el planificador y ejecutivo nato de la empresa. Orienta las políticas económicas y financieras de la entidad. Es el principal agente de relaciones públicas, pues tiene la oportunidad de mantener contacto directo con los socios, dirigentes, empleados, organismos de integración cooperativa, autoridades y público en general. Su imagen se proyecta hacia la comunidad por la calidad de los servicios de la cooperativa. A su cargo está la presentación y funcionalidad de una oficina moderna.

Es la persona que orienta y coordina esfuerzos para el mejor desenvolvimiento de las actividades en la cooperativa, motivará a los empleados a dar lo mejor de cada uno. “La dirección concierne a todos los ejecutivos y su propósito es lograr que las personas integren sus esfuerzos en pro de los objetivos de la organización. Para este fin las personas deben poseer a través de la orientación y de las comunicaciones, toda la información necesaria para llevar a cabo sus funciones, y deben estar motivados por un buen ejecutivo para realizar un trabajo eficiente”.

La Comisión de Crédito:

La Asamblea General en unas cooperativas, o el Consejo de Administración en otras según lo determine el estatuto, nombra la comisión de crédito, asignándole la función específica de atender el servicio de los préstamos.

La Comisión de Crédito conocida como “el corazón de la cooperativa” tiene la oportunidad excepcional de servir a sus compañeros; pues, en sus manos está la delicada e importante tarea de facilitar los recursos en tal forma que impacten y se promuevan las economías individuales y por consiguiente las de la comunidad. La comisión de crédito está conformada por tres miembros: Presidente, Secretario y Vocal. Las dignidades duran un año pudiendo ser reelegidos. Su labor fundamenta en las normas señaladas en el Reglamento de Prestaciones que le proporcione el Consejo de Administración. Esas normas que principalmente tienen que ver con los montos, plazos, intereses y garantías, deben ser analizadas frecuentemente y modificadas si fuere del caso; pues hay que mirar con suma

atención que los resultados y aspiraciones financieras de los asociados sean siempre favorables, gracias a las buenas políticas crediticias del reglamento.

La Comisión de Educación:

La Comisión de Educación es nombrada por el Consejo de Administración. Está formada por 3 o 5 miembros que duran en sus funciones un año, pudiendo ser reelegidos. Dentro de su seno eligen Presidente, secretario y vocales. Con el Consejo de Administración elabora planes de trabajo anual y este organismo le provee de presupuesto adecuado para cumplir con su importante obra.

La Comisión además de preocuparse de la educación y capacitación de los socios, dirigentes y empleados, debe proyectar su misión hacia toda la comunidad que corresponde al domicilio de la cooperativa.

La Comisión de Asuntos Sociales:

Esta como las demás comisiones especiales, es nombrada por el Consejo de Administración. Dura en sus funciones un año, pudiendo sus miembros ser reelegidos. Dentro de su seno eligen presidente, secretario y vocales. Conjuntamente con el Consejo de Administración elabora planes de trabajo anuales. Cuenta para el cumplimiento de sus labores con presupuesto adecuado y los fondos provenientes de la reserva de asistencia social, que actualmente establece la institución de sus utilidades.

Organización de Dirección:

La Empresa Cooperativa como Organización.- La apreciación teórica del principio "organización" se ha dado desde tres corrientes, las mismas que en su forma "pura" se han desarrollado cronológicamente en el tiempo. El enfoque clásico analizaba la organización como un instrumento racional para lograr fines preestablecidos. En contraposición a ello, el enfoque de las relaciones humanas veía en la organización un ente primordialmente social.

La síntesis de estos dos enfoques contrapuestos, dio como resultado el enfoque moderno que concibe a la organización como un sistema social dirigido hacia el logro de objetivos, entendiéndose por sistema en forma general un conjunto limitado de elementos interrelacionados e interactuantes. La relación entre los tres diferentes enfoques se puede apreciar en forma simplificada.

13.2.5.4 Efectuar cambios o modificaciones a los documentos, de acuerdo a las sugerencias de los organismos de control:

Una vez aprobado los Estatutos, se procederá a elaborar el Reglamento Interno de la Cooperativa de Salud , las normas de funcionamiento de la Caja Chica, las normas y políticas de la Farmacia Popular, las normas de disciplina, etc., y todas aquellos cambios que sean sugeridos tanto por los organismos externos direccionales del Departamento Jurídico de la Dirección Nacional de Cooperativas, como por parte de los socios, tanto en cuanto sean o vayan en beneficio de la organización. Estos cambios deben ser analizados y aprobados en la Asamblea General y legalizados en la Dirección General de Cooperativas.

13.2.6 Sexta Etapa:

13.2.6.1 Implementar y ejecutar el funcionamiento de la empresa:

Esta fase constituye la aplicación práctica de todo los conceptos y definiciones teóricas expuestas anteriormente, es decir, poner en funcionamiento todo el aparato estructural organizado previamente; esto, involucra poner en marcha, entre otras cosas lo siguiente:

- Disponer de un espacio físico adecuado para el normal funcionamiento de la Cooperativa de Salud de Limoncocha.
- Disponer de los Recursos Humanos indispensables: Gerente, secretario, etc.
- Disponer de los recursos físicos necesarios: materiales de oficina, logística ,etc.
- Los distintos cuadros organizacionales deben laborar normalmente, con horarios definidos, con normas y políticas establecidas

- Las distintas Comisiones pondrán en práctica o mejor dicho trabajarán en cumplir todas las tareas a ellos encomendadas
- Realizar sesiones de trabajo tanto en el ámbito directivo, como al nivel de Asamblea General
- Estructurar y poner en funcionamiento las distintas microempresas
- Capitalizar a la Cooperativa de Salud, etc., etc.,

13.2.6.2 Capacitar a los directivos en aspectos administrativos y económicos:

La Administración, al tratar de organizar los medios para alcanzar objetivos de servicios y producción los que se encuentran en cierto grado en casi toda la actividad empresarial, sea en la fábrica, en la cooperativa, la micro-empresa, la oficina o la Federación, contribuye a garantizar efectividad a los esfuerzos humanos.

“En síntesis, la gestión administrativa es un proceso constituido por componentes interrelacionados que se retroalimentan armónicamente a través de la planificación, organización, ejecución y control de actividades necesarias para determinar y satisfacer objetivos mediante la participación de gente y recursos”.

La creciente existencia de las entidades cooperativas, que se abre paso en nuestro país, amerita un tipo de gestión que contribuya al desarrollo de ese sector informal de la economía, cuyo objetivo principal es la prestación de servicios sin fines de lucro. Esto obliga a disponer de elementos teóricos que aborden nuevas perspectivas para el movimiento cooperativo en áreas nuevas como la Salud.

La administración aparece como una función específica. Función compleja que requiere el conocimiento de diversas materias en los aspectos económicos, técnico y social, para abordar de un modo sistemático, el funcionamiento de los órganos de gestión, los ejecutores, el sistema informativo y la técnica. Deberá prestar atención a distintas etapas en el cumplimiento de su contenido.

Primero: el diagnóstico de la situación, análisis de mercado, su grado de saturación, estado de competencia, tecnología disponible, recursos humanos.

Segundo: la programación, determinación preventiva de las pautas de acción, objetivos económicos y financieros

Tercero: la puesta en marcha o ejecución del programa mediante la disposición de los recursos materiales, financieros y humanos.

Cuarto: contabilidad de la ejecución, como medio de registro del proceso para disponer, momento a momento, de la información que permita fundamentar adecuadamente cada paso posterior.

Quinto: el control de lo realizado, comparándolo con lo programado.

La mayoría de cooperativas tienen la falsa apreciación de que llegar al éxito, simplemente, porque son cooperativas. En esta época, las cooperativas deben tener en cuenta que su derecho a existir y crecer está dado por la eficiencia de sus operaciones, los servicios que brinda a los socios y la contribución al progreso económico y social, como integrantes activos del país.

Si las cooperativas, como empresas de ayuda mutua, son importantes, entonces es también elemental administrarlas bien; el trabajo de los dirigentes, es igualmente importante, porque de ellos depende en gran parte, el éxito o fracaso de las organizaciones.

Se debe comprender que el cooperativismo también es un sistema que debe de una forma u otra, aplicar la administración como arte, como ciencia y como técnica, planeando los futuros pasos, organizando y coordinando el trabajo, proveyéndole de una constructiva dirección y controlando las operaciones dirigidas hacia objetivos claramente concebidos. Estos elementos, principales herramientas de manejo y administración moderna, se hacen tan necesarias en las cooperativas como en las empresas.

Sin duda la falta de personal preparado y competente para la administración es, probablemente, el factor limitante en el progreso y expansión de las empresas cooperativas, tanto en el ámbito nacional como regional y local.

La manera adecuada para superar en parte este problema, es desarrollando la capacidad de los actuales dirigentes y socios, pues es difícil esperar que los recursos humanos capaces surjan de otros sectores.

“ La administración no es estática sino al contrario, dinámica, por lo que se hace necesario formular programas de largo y continuo esfuerzo que hagan que las cooperativas de Salud aceptables dentro de la comunidad, por sus operaciones ejemplares, eficientes, serviciales. La buena reputación se consigue no únicamente basándose en propaganda o de palabras, sino con realizaciones fácilmente reconocibles, ya que las cooperativas están, como muchas instituciones expuestas a críticas, ataques y malos entendidos La conservación de su prestigio se convierte en algo vital para su existencia”.

La frecuente ausencia de técnicos para realizar el trabajo encomendado y la falta de adaptación a los requerimientos de nuestro tiempo, por parte de los existentes, son entre otras, razones fundamentales para que el sistema cooperativo nacional dependa, a menudo, de otros países, incluso para las necesidades de organización básica.

Se requiere medidas aptas para volver más eficaces a las cooperativas, y por supuesto es necesario se adapten al contexto socio-político; sin ello, están aisladas y en la imposibilidad de renovarse para llenar su rol. No obstante, se deberá tomar iniciativas muy valientes para reformarse y actuar mirando el interés común, en el contexto del desarrollo. Se trata de una legítima necesidad pero algo difícil de llevar a la práctica porque a menudo supera el marco de las cooperativas tradicionales.

Es necesario hablar de la necesidad de integraciones o concentraciones que se traduzcan en hechos y soluciones económicamente eficaces para nuestro movimiento cooperativo.

Dichas integraciones se van imponiendo por el servicio que prestan a sus socios, miembros y accionistas, porque procuran un servicio eficiente a un número mayor de la población, la misma que participa de la propiedad privada y de la responsabilidad de tomar decisiones que a su vida cotidiana.

Solo cuando las cooperativas están eficientemente organizadas y bien manejadas, pueden hacer posible esta gran participación. Su importancia como empresas de ayuda mutua, es vital y como tales hay que saber administrarlas y para ello se debe contar con dirigentes preparados que miren con realismo las posibilidades que se presentan hacia adelante.

Por otro lado la cooperativa es la asociación voluntaria de una serie de personas con el fin de resolver necesidades comunes de orden económico de servicios sin afán de lucro.

La cooperativa tiene como principal objetivo el ofrecer un servicio o bien a la comunidad, aspecto que la diferencia de la sociedad anónima cuyo objetivo fundamental es la maximización del beneficio.

No obstante, como consecuencia de las operaciones que realiza la cooperativa se perciben unos ingresos y se efectúan unos gastos de cuya diferencia surge el excedente del período:

$$\text{EXCEDENTE} = \text{INGRESOS} - \text{GASTOS}$$

Este excedente es consecuencia de cuatro tipos de actividades:

- Las actividades ordinarias de la cooperativa, las que le son propias como la obtención de capital como consecuencia de la recuperación de costos, por actividades de salud y similares.
- Las actividades que involucran la obtención de intereses como resultado de préstamos otorgados a los socios.
- Las actividades extraordinarias de la cooperativa, es decir las que solo se realizan en forma ocasional, como por ejemplo: por la venta de activos.
- La colocación en el mercado financiero de sus capitales, e incluso los ahorros de sus socios.

Pero para evaluar los resultados de una cooperativa no se la puede hacer únicamente como un ente económico sino además como ente social.

“Sería mucho más fácil si pudiera afirmarse que la cooperativa sirve solamente, para rendir beneficios, para obtener ganancias. Los administradores cooperativos justifican plenamente su actuación, exhibiendo ante la Asamblea excelentes resultados. Pero, existiría una gran equivocación, pues el problema no es tan simple como el de una empresa lucrativa que maximiza el provecho”.

Por tanto para evaluar sus resultados habrá que tomar en cuenta el prestar el mayor servicio al menor costo y en lo social no perder de vista el espíritu cooperativo.

13.2.6.3 Capacitar a socios sobre el funcionamiento de la cooperativa:

Control Interno de la Cooperativa:

La estructura organizativa de la cooperativa se basa en decisiones mayoritarias y la democracia representativa en la mayoría de los casos, implica que a la función de control se le asigne una importancia especial. Esto se expresa formalmente en diferentes disposiciones legales vigentes, por ejemplo la existencia del Consejo de Vigilancia, fiscalizaciones periódicas o auditorías que deben ser obligatorias en casi todos los países.

El control en la cooperativa debe evitar por una parte que la dirección desarrolle muy poca iniciativa, que no utilice los medios necesarios para lograr un desarrollo óptimo de la empresa, de la promoción del grupo de asociados, y debe evitar por otra parte que la dirección abuse de su poder en perjuicio de los cooperados.

“El control entendido en su parte positiva, es un estimulante para lograr una mayor eficiencia en el trabajo y constituye de por sí una base fundamental para alcanzar los objetivos de autorealización y satisfacción en el trabajo, así como los objetivos que toda persona como institución persigue. Sin embargo, los controles encuentran casi siempre

oposición en las personas, no gozan de mucha popularidad en nuestro medio y muchos lo rechazan cuando encuentran rendimientos que no son satisfactorios al inspeccionar y revisar el trabajo realizado”.

El control permite informar a la gerencia y a los Consejos de Administración y Vigilancia, sobre los procesos y resultados productivos, sean positivos o negativos, ayudando a compararlos con los planes realizados, y en el caso de haber diferencias importantes, determinar recomendaciones o acciones correctivas.

Podemos distinguir dos formas de control: el control directo y el control indirecto. Esta subdivisión del término “control” implica que no utilizamos aquí el término jurídico control, sino el término económico que es más amplio. El control directo es la comparación entre valores esperados (planificados) y realizados (siendo un control mas bien cuantitativo), mientras el control indirecto en las cooperativas parte de la idea de que los cooperados formulen juicios acerca de la gestión realizada por la directiva, analizando básicamente si la gestión se ha ajustado a sus intereses o no, siendo éste un control cualitativo. Las dos formas de control se refieren a dos niveles: al éxito en el mercado y a la promoción de los socios.

Ningún sistema democrático puede funcionar sin control. Esto es válido tanto al nivel de macro como de micro sistemas.

Si se quiere vitalizar la democracia interna en la cooperativa, no solamente es necesario crear las condiciones necesarias para que se pueda desarrollar una efectiva participación en las decisiones (captación, creación de canales de información y comunicación) sino hay que fortalecer paralelamente los mecanismos de control directo e indirecto.

Una primera exigencia debería consistir en que los organismos de integración tomen conciencia de la importancia del control y del asesoramiento, y que pongan en práctica esta visión. Una segunda exigencia tendrá que consistir en la creación eficiente de canales de información, no solamente intercooperativos sino también y sobre todo, entre cooperativas.

Una tercera exigencia finalmente debería ser la de velar por una estricta división de poderes al interior de la cooperativa, sin limitar la influencia que ejerce la agencia sobre la composición de los consejos de administración y vigilancia.

Si bien no puede existir un eficiente subsistema de control sin participación real de los asociados en las decisiones, tampoco puede existir participación efectiva sin control.

La participación – y con eso también el control – es quizá la mayor y más importante tarea a emprender por el movimiento cooperativo, y esto no solamente porque la democracia – entendida en su aspecto formal y material – es la mejor manera de solucionar conflictos tanto a escala empresarial como a escala política. La democracia también es el camino más eficiente para lograr un desarrollo integral, no únicamente en la cooperativa, sino también en las sociedades latinoamericanas.

Sistemas de Control:

Auditoria Interna.- En el Ecuador la mayor parte de cooperativas no tienen establecido este importante mecanismo de control.

En las cooperativas donde existe Auditor Interno se observa que en la mayor parte de los casos lo asigna el Consejo de Administración, un poco menos lo hace el Consejo de Vigilancia y en casi ningún caso lo hace la Asamblea General.

La instancia a la cuál reporta el Auditor Interno, de mayor a menor número de casos es: Consejo de la Administración, directamente a la Asamblea General, Consejo de Vigilancia y al Gerente General.

Auditoria Externa.- Esta es realizada por la Federación de Cooperativas del Ecuador, por Instituciones estatales (Dirección Nacional de Cooperativas, Superintendencia de Bancos), empresas auditoras particulares, profesionales independientes, órganos de auditoria interna de las respectivas empresas (en el caso de las cooperativas de las cerradas).

Este tipo de Auditoria debe realizar un seguimiento de las recomendaciones emitidas.

13.2.6.4 Delinear las áreas de acción de la empresa:

Los campos de acción de una cooperativa están constituidos por componentes interrelacionados que se retroalimentan armónicamente a través de la planificación, organización, ejecución y control de actividades necesarias para determinar y satisfacer objetivos mediante la participación de la gente y recursos. De lo anterior se desprende que el método más útil de clasificar las funciones de la cooperativa es agrupándolas alrededor de las actividades de planificación, organización, ejecución, control y evaluación. Todas estas actividades deben ser cumplidas por las diversas instancias de la cooperativa, llámense Asamblea General, Consejo de Administración, Consejo de Vigilancia, Gerencia, Comisiones, etc.

13.2.6.5 Efectuar cursos básicos de contabilidad:

La incorporación de las comunidades al mercado laboral formal e informal, demanda de una mayor preparación y capacitación para asumir ciertos temas, de los que, generalmente, se ha mantenido al margen.

Las actividades seleccionadas con la micro-empresa, requieren de algunos conocimientos y técnicas elementales que le permitan manejar mejor su negocio, optimizar recursos humanos, técnicos y financieros y evitar un desgaste emocional que puede presentarse por la experiencia en este tipo de actividades.

A través de este tema queremos ofrecer una serie de conocimientos contables que le facilitarán la herramienta para manejar su pequeña empresa.

De esta manera las personas que conforman las Comunidades estarán en mejores condiciones de asumir tareas contables que beneficien su actividad empresarial, que constituye una buena alternativa a sus labores cotidianas, no solamente se permitirá mejorar sus condiciones de vida, sino que le proporcionará una mejor "posición" en la vida.

- Entre los temas que incluiremos están:
- Nociones Básicas de Contabilidad.
- Las actividades Contables.
- Registros Principales.
- Inventario de Mercaderías.
- Control de Compras.
- Control de Ventas.
- Registro de Inventario.
- Control de Costos.
- Elementos del Costo.
- Libro de Costos.
- Métodos para registro de Operaciones.
- Libros Principales.
- Libro Diario.
- Libro Mayor.
- Cuentas en la Contabilidad.
- Clase de Cuentas.
- Balance de Comprobación.
- Balance.
- Pérdidas y Ganancias.
- Mercadeo.
- El papel del Mercadeo en la Empresa Moderna
- Proceso del Mercadeo
- Enfoques del Mercadeo
- El Mercado de Consumo
- Segmentación del mercado
- Clasificación del Mercado de Consumo
- Mercados Lucrativos
- La Competencia
- El Consumidor



- El Cliente
- Investigación de Mercados
- El Producto
- Clasificación del Producto
- Diseño del producto
- Precio del Producto
- Precio máximo y mínimo
- Precio de Venta
- Canales de Distribución
- Formas de Distribución
- La Comunicación
- La Venta
- Tipos de Ventas
- La venta eficaz
- Técnicas de Venta
- Los Servicios
- Clases de Servicios
- Administración de Empresas
- Perfil de la Microempresa
- Grupos Solidarios
- La Organización
- Administración de Personal
- Remuneraciones
- El Crédito en la Microempresa
- Que hacer con el Crédito, etc.

13.2.6.6 Determinar con claridad las funciones de la Asamblea General, Consejo de Administración, Consejo de Vigilancia y Gerencia:

- Reglamento General de la ley de Cooperativas:
- Art. 24. Corresponde a la Asamblea General:
 - Reformar el Estatuto;
 - Aprobar el plan de trabajo de la cooperativa;
 - Autorizar la adquisición de bienes o la enajenación o gravamen total ó parcial de ellos;
 - Conocer los balances semestrales y los informes relativos a la marcha de la cooperativa, y aprobarlos o rechazarlos;
 - Decretar la distribución de los excedentes, de conformidad con la Ley, este Reglamento y el Estatuto;
 - Elegir y remover, con causa justa, a los miembros de los Consejos de Administración y Vigilancia, de las comisiones especiales y a sus delegados ante cualquier institución a la que pertenezca la entidad, con sujeción a lo prescrito en el estatuto;
 - Relevar de sus funciones al Gerente, con causa justa;
 - Acordar la disolución de la cooperativa, su fusión con otra u otras y su afiliación a cualquiera de las organizaciones de integración cooperativa, cuya afiliación no sea obligatoria;
 - Autorizar la emisión de certificados de aportación, y
 - Resolver, en apelación sobre las reclamaciones o conflictos de los socios entre sí o de éstos con cualquiera de los organismos de la cooperativa.
- Art. 33. Corresponde al Consejo de Administración:
 - Dictar las normas generales de administración interna de la sociedad sujeción a la Ley, ante el Reglamento y al Estatuto;
 - Aceptar o rechazar las solicitudes de ingreso de nuevos socios;
 - Sancionar a los socios que infrinjan las disposiciones legales, reglamentarias o estatutarias;
 - Nombrar y remover, con causa justa, al Gerente y Subgerentes, Administradores, Jefes de Oficina y empleados caucionados;
 - Regular las atribuciones y funciones del Gerente y del personal técnico y

administrativo de la cooperativa;

- Exigir al Gerente y demás empleados que manejen fondos de la cooperativa, la caución que juzgare conveniente;
- Autorizar los contratos en los que intervenga la cooperativa, en la cuantía que fije el estatuto;
- Autorizar los pagos cuya aprobación le corresponda de acuerdo al estatuto;
- Elaborar la proforma presupuestaria y el plan de trabajo de la cooperativa y someterlo a consideración de la Asamblea General;
- Presentar a la aprobación de la Asamblea General la memoria anual y los balances semestrales de la cooperativa, conjuntamente con el dictamen emitido por el Consejo de Vigilancia;
- Someter a consideración de la Asamblea General el proyecto de reformas al estatuto;
- Autorizar la transferencia de los certificados de aportación, que sólo podrá hacerse entre socios o a favor de la cooperativa;
- Sesionar una vez por semana; y
- Las demás atribuciones que le señale el estatuto.

Art. 34. Corresponde al Consejo de Vigilancia:

- Supervisar todas las inversiones económicas que se hagan en la cooperativa;
- Controlar el movimiento económico de la cooperativa y presentar el correspondiente informe a la Asamblea General;
- Cuidar que la contabilidad se lleve regularmente y con la debida corrección;
- Emitir su dictamen sobre el balance semestral y someterlo a consideración de la Asamblea General, por intermedio del Consejo de Administración;
- Dar el visto bueno o vetar con causa justa, los actos o contratos en que se comprometa bienes o créditos de la cooperativa; cuando no estén de acuerdo con los intereses de la institución o pasen del monto establecido en el estatuto;
- Sesionar una vez por semana, y
- Las demás atribuciones que le confiere el estatuto.

Art. 36. La Asamblea General o el Consejo de Administración designarán a los miembros de las comisiones especiales; las mismas que estarán compuestas de tres miembros. Dichas comisiones serán de Crédito, de Educación, de Asuntos Sociales o de cualquier otra actividad que necesite desarrollar la cooperativa.

Art. 43. Son atribuciones y obligaciones del Gerente:

- Representar judicial y extrajudicialmente a la cooperativa;
- Organizar la administración de la empresa y responsabilizarse de ella;
- Cumplir y hacer cumplir a los socios las disposiciones emanadas de la Asamblea General y de los Consejos;
- Rendir la caución correspondiente;
- Presentar un informe administrativo y los balances semestrales a consideración de los Consejos de Administración y de Vigilancia;
- Suministrar todos los datos que le soliciten los socios o los organismos de la cooperativa;
- Nombrar, aceptar renunciaciones y cancelar a los empleados cuya designación o remoción no corresponda a otros organismos de la cooperativa;
- Vigilar que se lleve correctamente la contabilidad;
- Firmar los cheques, junto con el Presidente;
- Las demás funciones que le corresponda, conforme al estatuto.

13.2.6.7 Alternativas de Financiamiento a través de la Salud: microempresas

13.2.6.7.1 EL ENTORNO MICROEMPRESARIAL:

La libre iniciativa en los actuales momentos esta jugando un papel preponderante, si en algo comienzan a coincidir la mayor parte de los agentes económicos, sociales y políticos es el necesario protagonismo de la iniciativa privada como creadora de empresas para garantizar el desarrollo de un tejido industrial sólido sobre el que se sustenten la generación de riqueza, empleo y bienestar en las sociedades modernas.

Vivimos una nueva revolución en lo económico, lo que algunos autores han denominado la Revolución silenciosa, determinado por una corriente de modernización y la propuesta de privatización que recorre el mundo.

13.2.6.7.2 LA VISION MICROEMPRESARIAL:

Microempresa (palabra a fin a sorpresa y a presa) indica el resultado de la acción de emprender en otros términos es el conjunto de recursos que tiene un objetivo determinado.

ELEMENTOS:

OBJETIVOS	Metas a conseguir
TAREAS	Actividades y responsabilidades
ADMINISTRACION	Planificar, organizar, dirigir y controlar

RECURSOS:

En toda organización se utilizan los siguientes recursos:

HUMANOS	Integrantes y colaboradores
MATERIALES	Medios para la gestión empresarial
TECNICOS	Conocimientos, métodos, sistemas de trabajo



13.2.6.7.2 TIPOS DE MICROEMPRESAS:

Existe una clasificación básica en la que se puede diferenciar el tipo de actividad a la que se dedica cada una:

13.2.6.7.3 EMPRESAS INDUSTRIALES:

Es aquella unidad económica en la que interviene mayoritariamente el proceso de transformación, consta de las cuatro áreas funcionales definidas y podría decirse que su mayor inversión se encuentra en la maquinaria y la materia prima o productos en proceso. Podemos adicionar que en varias empresas de este ramo intervienen una gran cantidad de personas, ejemplo:

Confecciones

- Producción de Papel

- Producción de pvc
- Areas Funcionales:
- Producción
- Finanzas
- Personal
- Mercadeo

13.2.6.7.4 EMPRESAS COMERCIALES:

Son aquellas dedicadas a la compra y venta (comercialización) de mercaderías, la razón de la actividad se encuentra centralizada en la adquisición a un precio y la venden con un margen de ganancia.

Estas empresas se identifican por la mayor concentración de sus activos en las Mercaderías a las cuentas por cobrar, y la inversión adicional es en menor proporción. Se puede mencionar que el número de personas disminuye notablemente.

Los ejemplos más reales son:

- Los Supermercados
- Boutiques
- Ferreterías
- Areas Funcionales
- Mercadeo
- Finanzas
- Personal

13.2.6.7.5 EMPRESAS DE SERVICIOS:

Son las que se identifican con la prestación de una ayuda a cambio de una retribución económica, estas empresas se caracterizan por tener una gran influencia en el área de personal y en herramientas, casos específicos son:

- Mecánicas automotrices
- Empresas de Turismo
- Consultoras
- Areas Funcionales
- Operativa
- Mercadeo
- Financiera
- Personal

En cuanto se refiere a la Cooperativa de Salud de Limoncocha, su principal actividad es la Salud, y su financiamiento principalmente provendrá de activos provenientes de diferentes microempresas instaladas en la Comunidad de Limoncocha, las cuales aparte de financiar la Salud de la Comunidad generaran otra serie de beneficios, como crear fuentes de empleo, mejorar la economía de la familia, la autosustentabilidad, etc.

13.2.7 Séptima Etapa:

13.2.7.1 Realizar seguimiento y control:

Es la etapa del proceso administrativo, en la que participan la Asamblea General, el Consejo de Administración y Vigilancia.

Una vez establecidas las metas, los programas, efectuada la organización, distribuidas las funciones y establecidos los procedimientos de trabajo, se ejecuta, y para que esa ejecución sea coherente con los resultados esperados hay que darle continuamente un seguimiento de nuevas metas, nuevos planes, cambios en la estructura organizativa, etc.

Debemos destacar que el seguimiento y control significa mucho más que la simple medición de las desviaciones, lo verdaderamente importante es realizar la acción correctiva necesaria para lograr lo esperado.

Pasos para establecer un método de seguimiento y control:

- Determinar que se va a controlar: hacer un listado de todas las cosas que se pueden evaluar y decidir cuales son prioritarios o claves.
- Determinar cómo se va a controlar: mediante informes, visitas, formularios, control de calidad, diagramas de procedimientos de trabajo, registros contables, etc.
- Determinar cuándo se va a controlar: definir la prioridad con que deben hacerse los registros e informes para fines de seguimiento y control.
- Las causas por las cuales hay que aplicar medidas correctivas son: acontecimientos inesperados; falta de material necesario; fallas del equipo o errores humanos.
- Evaluación:

El control efectivo requiere medición o evaluación. Para algunas actividades la medición numérica es posible, para otras no, lo que hace más difícil la evaluación. Esta debe cubrir todos los niveles y actividades prioritarias del organismo cooperativo y se puede evaluar cantidad, calidad y uso de tiempo.

Los fines a que conduce la evaluación de una cooperativa, son entre otros: conocer qué se ha hecho, verificar en qué medida los objetivos de los programas se están logrando, encontrar alternativas para nuevas acciones, conocer en qué medida se formularon los objetivos alcanzados, verificar si los métodos empleados fueron adecuados, detectar en qué grado el apoyo logístico y las partidas presupuestarias fueron suficientes, analizar si las estrategias utilizadas son útiles, obtener información sobre el estado de los programas, avances y obstáculos.

Las etapas principales de evaluación del resultado pretenden: formular el Plan General de Acción; formular propósitos y metas generales de evaluación; determinar como se va evaluar; dar seguimiento a la ejecución del programa; establecer medidas correctivas; aplicar la evaluación final analizar los resultados.

13.2.7.2 Capacitar a directivos en áreas administrativas en Salud, de elaboración de proyectos, planes de acción, presupuestos:

Administración en Atención Primaria de Salud:

Los trabajadores de la Salud que tienen responsabilidades administrativas son ante todo, responsables de la atención diaria de la salud, lo que también incluye la educación al público en cuestiones de salud, la prevención de enfermedades y la Rehabilitación. Debido a que estos trabajadores de la salud, por lo general son asignados a un área geográfica, son responsables no sólo del apoyo del apoyo y la supervisión de las brigadas de salud que incluye los trabajadores de la salud con base en esa comunidad, sino también de otros aspectos del desarrollo comunitario. Así, aun cuando la mayoría de los trabajadores de la salud no han sido entrenados como administradores, tienen ciertas funciones administrativas definidas en la planeación y organización de las actividades de salud. Como actualmente se acepta que la atención primaria de salud depende de emplear trabajadores de la salud comunitarios, con un entrenamiento mínimo, el trabajador de salud de nivel medio será llamado cada vez más a actuar como un administrador, por lo tanto, necesita capacitarse en técnicas administrativas.

Los títulos, funciones, entrenamiento y responsabilidades de los trabajadores de la salud varían de lugar en lugar. Los principios de administración se aplican a varias funciones de las que es responsable una persona. La mayoría de los servicios de salud tienen una estructura jerárquica.

La Administración y la Comunidad:

Una de las metas de la administración de la salud es poner la atención de la salud al alcance de la familia de un área. Para lograr esto, el trabajador de la salud debe trabajar con la comunidad para estimar su estado de salud, sus necesidades e identificar sus problemas de salud. Debe estar en contacto con trabajadores de otros sectores tales como agricultura y educación, con líderes políticos y religiosos y con organizaciones voluntarias. Unidos

pueden tener mejoras tales como riego, protección de un pozo o manantial, entrenamiento de parteras empíricas o el convencer a grupos de voluntarios a que enseñen buenos hábitos de nutrición. El trabajador de la salud como administrador, tiene que planear y organizar ese tipo de programas, con frecuencia en circunstancias difíciles con personal, equipo, medicamentos y transporte insuficientes. En tales condiciones la selección de prioridades, el uso eficiente de los recursos y la valoración continua de las actividades del programa son de suma importancia.

¿Cómo puede una persona encargada de un área de salud con poco personal y recursos limitados, servir a tanta gente? La respuesta está en trabajar con el recurso más importante: la comunidad misma. Las personas son el recurso más precioso de una nación. La acción comunitaria puede dar una apertura para extender la atención a la salud apoyándose en lo que la gente ya conoce. Promover y ayudar a organizar esas actividades es una parte esencial de la administración.

Se necesita mucha habilidad administrativa para trabajar en esta forma con la comunidad, para dirigir una brigada de salud y para apoyar, supervisar y evaluar las actividades de salud en un área.

Los beneficios de una buena administración en un servicio de salud:

Existe una conocida brecha entre lo que se sabe y lo que se hace; entre el conocimiento y su aplicación. Dicho de forma más sencilla, sabemos cómo prevenir el sarampión pero todavía mueren niños de esta enfermedad. Lo mismo puede decirse de una amplia gama de enfermedades infecciosas, parasitarias, de la nutrición y provocadas por el medio ambiente que aún afligen a millones de personas como si nuestros conocimientos médicos no existieran.

No existen maneras simples de aplicar el conocimiento en situaciones sociales complejas. Surgen interrogantes sobre prioridades en la salud, el uso de recursos limitados, la capacitación de la fuerza de trabajo y la valoración de un servicio y su impacto. Pero,

actualmente se reconoce que la aplicación de los principios generales de la administración puede ayudar a formular prioridades más apropiadas, a hacer juicios con conocimiento, y a utilizar mejor los recursos limitados. “Sin una administración eficiente los intentos para mejorar la organización, estructura y funcionamiento de los servicios tendrán muy poco resultado”.

Los principios de la administrativos pueden aplicarse en todos los niveles de una organización – el Ministerio de Salud, hospitales, centros de salud y servicios de Distrito – e igualmente al especialista clínico como al trabajador de la salud comunitario. Es un error común el considerar la administración como una función que corresponde únicamente a quienes se encuentran en la cima de la jerarquía. Para que la buena administración sea efectiva, debe difundirse en toda la organización. Programas muy bien elaborados pueden fallar debido a que existe confusión en la periferia.

La buena administración es a una organización lo que la salud es al cuerpo: el funcionamiento uniforme y eficiente de todas sus partes. La buena administración subraya prioridades, adapta el servicio a las necesidades de una situación cambiante, obtiene el mejor provecho de los recursos limitados, mejora las normas y calidad del servicio y mantiene alto el estado de ánimo del personal. Buena administración de la salud significa buena atención a la salud.

Elaboración de Proyectos:

Un proyecto se define como una empresa con cierto propósito que se organiza para lograr objetivos específicos que se fijan para resolver un problema o satisfacer una necesidad. Un proyecto, por definición, está dirigido a lograr metas, es limitado en el tiempo y produce resultados específicos mediante el uso de recursos definidos.

El ciclo vital de un proyecto, pasa desde una situación existente por las fases de diseño, ejecución y evaluación hasta una situación más deseable cuando se resuelve o, por lo menos, se reduce el problema. Esto a su vez origina una nueva situación que puede generar otros

proyectos dependiendo de la prioridad asignada al problema que se acaba de definir.

Gestión de Proyecto:

El proceso de gestión de un proyecto puede verse como un continuo que consta de tres partes estrechamente interrelacionadas: el diseño del proyecto, la ejecución del proyecto y la evaluación del proyecto. Mientras dura el proyecto, los gerentes toman decisiones constantemente en relación a la dirección, el control y la comunicación necesarios para el éxito del proyecto. El Enfoque Lógico guía al gerente de proyecto para que lleve a cabo en forma exitosa estas tres fases.

La fase de diseño del proyecto se considera como una evaluación previa porque deben tomarse numerosas decisiones en cuanto a si se debe detener, postergar o continuar el diseño del proyecto. Esto quiere decir que antes de invertir recursos debe haber una idea definitiva sobre lo que se propone alcanzar el proyecto. Esta idea de proyecto debe definir el problema que se quiere resolver o la deficiencia que se quiere reducir; la población destinataria; la forma de llevar a cabo el proyecto; qué sucederá sino se hace nada; qué sucedería con varios niveles de recursos; y la relación entre los logros que se buscan y sus costos; y, cada vez más, hay exigencias de que todos los proyectos orientados al desarrollo beneficien tanto a los hombres como a las mujeres. La selección de un plan viable también depende del público destinatario y de los recursos para el proyecto.

La ejecución del proyecto depende 1) la gestión y el control de todos los recursos (humanos, financieros y físicos) de manera de asegurar que los resultados del proyecto se obtengan de manera oportuna y eficaz en función a los costos, y 2) seguimiento para asegurar que los resultados producidos sean los que tienen mayor repercusión sobre el problema principal que se identificó en la etapa de diseño. En suma, el objetivo de la ejecución del proyecto es lograr el propósito del proyecto.

Además, el Enfoque Lógico guía al equipo de ejecución puesto que las actividades que deben llevarse a cabo para lograr los resultados ya han sido identificadas en la etapa de diseño. Sobre la base de estas actividades el equipo de ejecución de proyectos puede

elaborar planes de trabajo que podrían incluir estructuras desglosadas de los trabajos, gráficas de responsabilidad, presupuestos y sistemas para seguimiento y control del proyecto. La ejecución del proyecto es dinámica porque ocurre en una atmósfera de incertidumbre influida por factores externos sobre los cuales el gerente del proyecto no suele tener control. Tales condiciones requieren el desarrollo de mecanismos de control para realizar el seguimiento del costo, el cronograma y el desempeño, y efectuar cambios oportunos. La fase de ejecución se termina cuando se han ejecutado todas las actividades del proyecto.

Es necesario distinguir entre la evaluación y el seguimiento. Aunque cada uno tiene diferentes funciones, están relacionados y forman parte de un continuo. El seguimiento es una observación continua o periódica del trabajo en curso que contribuye a la solución de problemas durante la ejecución del proyecto. Las funciones de seguimiento son: detectar cambios en las actividades planificadas; determinar cómo se compara la tasa concreta de producción con los resultados esperados y asegurar que el propósito esté lográndose.

La evaluación del proyecto (evaluación posterior) es el proceso que se emplea para medir, tan sistemática y objetivamente como sea posible, hasta qué punto el trabajo ejecutado cumple con los objetivos originales y para revelar las razones de desviaciones considerables, si las hubiere. Los resultados de las evaluaciones son una combinación de aprendizaje, orientación y control basado en lo que se ha logrado mediante las actividades del proyecto. Al medir los resultados suelen plantearse dos problemas importantes. El primero está relacionado con la dificultad de establecer la causa y el efecto entre las actividades y los resultados. El segundo surge cuando el propósito y los resultados esperados del proyecto se establecen sin indicadores y con una imprecisión tal que es sumamente difícil determinar si se han alcanzado. El ceñirse cuidadosamente al Enfoque Lógico ayudara a los gerentes de proyectos a evitar estos problemas ya que éste se basa en el establecimiento de relaciones de causa y efecto y requiere que se determinen tanto los indicadores como las fuentes para verificarlos.

Presupuesto:

El presupuesto se debe elaborar conjuntamente con el plan de trabajo y en él hay que considerar el gasto y los ingresos para hacer frente a las necesidades de ejecución de los objetivos y metas establecidas.

La formulación del presupuesto puede estar basado en grandes áreas, que definimos a continuación:

Gastos:

- De Operación (gastos financieros)
- De Administración y Servicios(gastos generales)
- No Operativos.

Presupuesto de Inversión;

Ingresos.

Planes de Acción:

Un Plan es un instrumento o herramienta debidamente estructurado para llevar a cabo un trabajo mediante un sistema planificado.

Los planes deben darse a conocer de tal forma que tanto los niveles directivos como los de operación estén involucrados y conozcan a fondo el plan determinado y la responsabilidad que les corresponde.

13.2.7.3 Capacitar a directivos y socios en aspectos legales, especialmente sobre procedimientos parlamentarios:

Ley de Cooperativas:

Art. 1. Son cooperativas las sociedades de derecho privado, formadas por personas naturales o jurídicas que, sin perseguir finalidades de lucro, tienen por objeto planificar y

realizar actividades o trabajos de beneficio social o colectivo, a través de una empresa manejada en común y formada con la aportación económica, intelectual y moral de sus miembros;

Art. 2. Los derechos, obligaciones y actividades de las cooperativas y de sus socios se regirán por las normas establecidas en esta Ley, en el Reglamento General, en los reglamentos especiales y en los estatutos y por los principios universales del cooperativismo;

Art. 3. Las cooperativas no concederán privilegios a ninguno de sus socios en particular, ni podrán participar de los beneficios que les otorga esta ley, a quienes no sean socios de ellas, salvo el caso de las cooperativas de producción, de consumo o de servicios que, de acuerdo con lo establecido en esta Ley o en el Reglamento General, estén autorizadas para operar con el público.

13.2.8 Octava Etapa:

13.2.8.1 Determinación de fuentes de financiamiento:

La Captación, Uso y Recuperación de Recursos:

En el movimiento cooperativo, los recursos financieros son un medio para satisfacer las necesidades de los socios. Pero hay que reconocer que los requerimientos de los socios son muy diferentes en las diversas cooperativas; es decir los objetivos pueden cambiar de una cooperativa a otra y por lo tanto también variar la orientación de las finanzas. No es el mismo objetivo financiero en una cooperativa que vende productos agrícolas, que busca el mejor precio para el producto de los socios, que el de una cooperativa de consumo que trata de fijar los precios más bajos posibles y peor aún de una cooperativa de servicio, como es una cooperativa de salud.

Para que una cooperativa pueda satisfacer en mejor forma sus servicios es necesario que cuente con los recursos financieros que permitan lograr esas finalidades, pero en época de crisis "la economía de simple subsistencia, no sólo que impide cualquier hábito ancestral de

ahorro, sino que lo atrofia y el grueso de la población sólo esta en procura de llenar las necesidades primarias inmediatas”.

Entre las principales fuentes de captación de los recursos financieros tenemos:

Recursos provenientes de los socios; que son aquellos que en relación directa, aportan los socios en forma voluntaria u obligatoria a la cooperativa , en este sentido encontramos los siguientes aportes:

- Aporte de capital constituido por los recursos financieros que en primera instancia aportan los socios como capital de suscripción;
- Cuota de ingreso o incorporación, es el compromiso financiero que contrae el socio en el momento de ingresar a la cooperativa, son aportes obligatorios, no reembolsables, que fundamentalmente sirven para cubrir gastos administrativos ocasionados por el ingreso de nuevos socios.
- Cuotas de ahorro, que para los socios son cuotas que tienen una rentabilidad compatible con otras posibilidades de ahorro que constituyen la liquidez de la cooperativa.
- Recursos provenientes de la operación, al comprar o vender los productos y servicios se produce un ingreso y egreso de dinero, para lo cual esta entidad debe implementar políticas adecuadas para la concesión y otorgamiento de los mismos;
- Recursos externos: son aquellos que provienen de terceros, personas e instituciones ajenas a la cooperativa.

La cooperativa recurre a fuentes de financiamiento externo para completar los recursos internos; estos pueden provenir de instituciones cooperativas, bancos, cooperativas privadas o de fomento, créditos comerciales y de instituciones como el BID, AID, Banco Mundial, OPS, Bancos extranjeros y otros.

Los ahorristas voluntarios buscan generalmente que las instituciones donde entregan sus recursos cumplan con tres condiciones básicas: seguridad, rendimiento y convertibilidad. El capital de las cooperativas proviene de la captación de recursos de sectores subalternos de nuestro sistema, sean estos pequeños artesanos, trabajadores asalariados, empleados burocráticos, miembros de una comunidad y otros; ahorros que son pequeñas porciones de sus salarios o pequeños "capitales". El objetivo primordial de ahorrar de éstos, es el de tener acceso al préstamo, pero no con fines productivos, sino más bien de consumo, o de servicio (salud); no podemos señalar que la mayoría de créditos concedidos por las cooperativas se hayan utilizado en procesos productivos, sino más bien con el fin de alcanzar algún bien material por parte de los asociados (vivienda, terreno, vehículo, etc.), o un servicio (atención médica, odontológica, farmacia, etc.); todo esto en contraposición con el sistema financiero, en que la mayoría de los préstamos se los encamina para convertirlos en capitales y obtener una plusvalía, cumpliéndose aquella afirmación de Marx que dice: "Cuando alguien presta dinero, lo hace con una condición de que transcurrido un lapso determinado de tiempo, lo retome como interés, pues el valor de uso del dinero prestado es el de poder funcionar como capital y en cuanto tal, producir la ganancia".

Uso y Recuperación de Recursos:

El uso de recursos disponibles de la cooperativa de Salud, se los utiliza en aplicar la aplicación de la misión de la cooperativa, la cual es brindar servicio (atención médica, odontológica, etc.), en forma eficiente, eficaz, equitativa y efectiva, para lo cual utiliza fondos obtenidos de la manera anteriormente descrita o a través de la producción de sus propios medios.

En cuanto se refiere a la recuperación de fondos, es necesario aplicar políticas y estrategias claramente definidas (cobro de servicios, pero a costo bajo; recuperación a través de la venta de medicinas, proyectos propios de autogestión, etc.) a fin de asegurar la recuperación del dinero invertido, toda vez que el capital de trabajo y de inversión sirve para continuar con las operaciones de la cooperativa.

13.2.8.2 Estrategias de servicio en la salud comunitaria:

La estrategia de Atención Primaria de Salud (APS):

Etimológicamente “Primario” significa principal o primero en el orden. Atención Primaria significa pues, lo principal y en términos epidemiológicos, lo prioritario.

Frente a la imposibilidad real de resolver simultáneamente todos los problemas de salud, en especial en países de escasos recursos se imponía una estrategia que atendiera a los más importantes o trascendentales para mejorar las condiciones de la salud de las colectividades. Era así mismo indispensable que se estableciera las prioridades.

En la declaración de Alma Ata, dice “la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial”.

En primer lugar, es conveniente aclarar que el término “sanitaria” no hace referencia solo al abastecimiento de agua y eliminación de excretas, sino por el contrario, a acciones de salud integrales. En segundo lugar, la APS no se restringe a acciones médicas, sino que expresamente, postula el desarrollo social y económico global de la comunidad, lo cual aspira a alcanzar un estado de equidad y justicia social.

El desarrollo de la APS plantea la necesidad de formular en cada país Un Plan Nacional de Salud, con clara definición de políticas, la reordenación del sistema de salud, por niveles de complejidad creciente, el desarrollo de mecanismos de referencia y contrareferencia, la regionalización funcional y el desarrollo de sistemas locales de atención.

Entre los componentes básicos de la estrategia hay que destacar:

- El desarrollo de servicios al alcance del individuo, la familia y la comunidad.
- La organización y participación activa de la comunidad
- El incremento de la capacidad operativa de los sistemas y servicio que implica: Planificación, Programación, Acción y Evaluación
- Programación de la extensión de la capacidad instalada, con énfasis en las acciones

preventivas

- Regionalización funcional y descentralización administrativa
- Extensión de la cobertura con servicios de salud y mejoramiento ambiental
- Desarrollo de sistemas de información .
- Adicionalmente la estrategia abarca algunos otros aspectos entre ellos:
- Desarrollo de la cooperación y planificación intrasectorial e Intesectorial
- Desarrollo de investigaciones especialmente operativas y tecnologías apropiadas
- Producción, abastecimiento y distribución de insumos médicos y equipos básicos
- Formación y utilización de los recursos humanos
- Re-orientación de la educación de los recursos humanos a la realidad del país y al desarrollo de la estrategia de la APS.

En base a estos delineamientos generales de la APS, la mayoría de los países del mundo, han desarrollado sus propias estrategias y han adaptado sus sistemas de salud a los objetivos de mejorar la calidad de la vida y el bienestar individual, familiar y social. Precisamente en este contexto se inscribe el Plan de Salud para la Comunidad de Limoncocha.

13.2.8.3 Capacitación sobre la eficiencia y calidad de los servicios de salud que se brindan:

Se plantea la necesidad inaplazable de la acción sobre el campo particular de los servicios como aporte del sector a aquellas grandes transformaciones estructurales inequívocamente ligadas a la distribución colectiva de la salud/enfermedad.

Ello posibilitará descubrir en el terreno de lo específico los referentes concretos de aquella realidad que se desea transformar pero que no va a cambiar solo con interpretaciones generales, sino también a través de las luchas y tareas particulares que reivindiquen para sus protagonistas la posibilidad real de acercarse a la utopía.

Plantean pues, en este contexto, que es el modelo de atención, forma concreta y particular de concepción, organización y práctica de los servicios de salud, lo que debería constituirse en el objeto primordial de acción del sector de la salud. Este modelo, según sus características contribuiría a consolidar patrones diferenciales de desarrollo y organización social determinándose, en consecuencia, posibilidades de intervención de los servicios con sus limitaciones, pero también potencialidades sobre las condiciones de salud de una colectividad.

Conviene entonces, revisar la evolución y principales características actuales del sistema de servicios de salud. Luego se profundizará en las características del modelo de atención históricamente predominante en el país y, en base a su análisis, en las propuestas de transformación en beneficio de las mayorías poblacionales del Ecuador.

13.2.8.4 Implementación de:

13.2.8.4.1 Políticas administrativas:

Con el fin de alcanzar un desarrollo programado, controlado y armónico, es necesario que el movimiento tenga objetivos, políticas, estrategias y metas predefinidas. Por ello debe instituirse la costumbre de trabajar mediante una programación debidamente elaborada y sustentada.

En apoyo de esa actividad, debe desarrollarse modelos de planificación para ser aplicados en el sector acorde con sus propias realidades.

Se considera que cada componente del sistema, deberá contar, por lo menos, con las siguientes herramientas:

- Estrategias de Desarrollo;
- Plan de Desarrollo para los siguientes Tres Ejercicios, incluidas las correspondientes proyecciones financieras;
- Plan Anual de Actividades, con sus correspondientes presupuestos;

- Manuales de Organización de Procedimientos y otros.
- Integración

Los componentes del Sistema, deberán promover el fortalecimiento de la integración vertical y horizontal del movimiento cooperativo.

El avance de la competencia y su fortalecimiento mediante la aplicación de una política de competencia con coexistencia, solo dejan al movimiento cooperativo una “tabla de salvación”, su integración.

El fortalecimiento individual de cada uno de los organismos cooperativos debe ir unido a la integración o conformación del mercado único cooperativo como condición indispensable para establecer las bases para un crecimiento más rápido y seguro y disminuir la vulnerabilidad del movimiento.

A nivel de cooperativas se deberá promover la vinculación de nuevos socios de acuerdo con las pautas indicadas con anterioridad.

La Federación, deberá promover la afiliación de las cooperativas de base que aún no están federadas, de otros organismos de integración cooperativa y cualesquier otro organismo que de una u otra forma apoyen al movimiento cooperativo en general de su país.

13.2.8.4.2 Políticas financieras:

Las siguientes técnicas pueden ayudar a las cooperativas a asegurar la estabilidad de sus ahorros.

1. Se debe tender a captar ahorros únicamente de los socios, esto quiere decir que todos los ahorristas deben tener por lo menos una aportación (cuenta de ahorros patrimonial), que les confiere los derechos y obligaciones de sus socios propietarios. Así se cumple el principio cooperativo de servir únicamente a socios que es parte de la justificación del tratamiento especial de las leyes para el movimiento cooperativo. Debe crearse la

conciencia popular que el socio de la cooperativa es “algo especial”.

2. Debería concentrarse su captación en el mercado familiar. El ahorro familiar es generalmente estable, las familias no cambian frecuentemente su cuenta de ahorros de una institución financiera a otra, buscando mejoramientos marginales en su tasa de interés. La atracción más importante para la mayoría de ahorrantes familiares es la conveniencia de depositar y retirar sus fondos cuando sea necesario para atender sus necesidades financieras esperadas e inesperadas.
3. Se debe administrar con cautela las cuentas grandes de ahorro. Por lo general estas son relativamente “volátiles”, esto quiere decir que pueden ser retiradas rápidamente para obtener incrementos en las tasas de interés en otras instituciones; para lo cual se recomienda:
 - No prestar los fondos recibidos en cuentas grandes, sino invertirlos en inversiones, como puede ser en pólizas de acumulación.
 - Invertir los fondos al mismo plazo en que fueron recibidos (por ejemplo, si el socio hace un depósito grande en una libreta de ahorros a plazo de 180 días, la cooperativa también debe colocar estos fondos con un plazo de 180 de 180 días).
 - Medir periódicamente la estructura de las cuentas de ahorro según su tamaño. Clasificar las cuentas según su tamaño y contar el número de cuentas y sumar los saldos en cada clasificación.
4. Se debe propender a mantener un activo de calidad.

“El activo de calidad es protección financiera del ahorro, ya que puede ser vendido con facilidad a buenos precios para pagar los retiros que se presenten, produce ingresos para pagar los intereses y dividendos que mantienen el valor real del ahorro y no causa pérdidas por incobrabilidad que reducen el capital institucional de la cooperativa. Crear y mantener activo de calidad debe ser el principal objetivo financiero del equipo

gerencial de la Cooperativa.

13.2.8.4.2 Políticas crediticias:

Sobre la concesión de los préstamos: Como política institucional se debe seguir considerándole al crédito como el servicio más importante y por el cual viven las organizaciones cooperativas, toda vez que es el activo rentable de éstas.

Los préstamos son el único activo rentable que puede ser realmente controlado por la cooperativa. El equipo general determina la rentabilidad de los préstamos al fijar las tasas de interés, califica a los sujetos de crédito y realiza la cobranza de los créditos morosos.

Las siguientes prácticas y disciplinas ayudarán a la gerencia cooperativa a fortalecer la calidad de su cartera de préstamos y proteger así el ahorro.

Otorgar créditos únicamente a los socios, pues solamente ellos son propietarios y tienen compromiso moral además de legal de cumplir con sus obligaciones.

Otorgar préstamos en base a la capacidad de pago y no como un múltiple arbitrario del ahorro patrimonial y/o positivo del socio. La política de fijar el monto del crédito como un múltiple del ahorro al "tres por uno" por ejemplo, está caduco. El ahorro del socio no es la fuente que devolverá el crédito a la cooperativa ni es una garantía suficiente. Los futuros ingresos reales en efectivo del socio pagarán el préstamo, no su ahorro de periodos anteriores. La clave para crear una cartera de calidad que respalde los ahorros de la cooperativa están en asegurar que el monto del préstamo concedido realmente puede ser pagado a tiempo por el socio, y esto requiere del análisis cuidadoso de sus ingresos y sus compromisos financieros adquiridos. La situación económica de cada socio y cooperativa es diferente, pero unas pautas generales son las siguientes:

PRIMERO: Establecer el plazo máximo de cada tipo de préstamo (en función de la política de liquidez de la cooperativa, el fin del crédito y la naturaleza de la garantía).

SEGUNDO: Analizar la capacidad de pago del socio y fijar el valor de su abono periódico

de capital e intereses.

La capacidad de pago se mide así: (los porcentajes varían mucho según el tipo de actividad financiada y la situación económica del socio prestatario)

Para préstamos personales de consumo: la fuente de pago es el ingreso líquido mensual. Se recomienda que la suma total, de la cuota de capital e intereses más las otras obligaciones fijas del socio, no sobrepasen el 50% de su ingreso líquido.

Para préstamos de producción a corto plazo (que financian los costos de producción) se recomienda que el monto total de la amortización de capital e intereses no sobrepasen el 70% del costo de producción.

Para préstamos de inversión a largo plazo (que financian activos fijos que no serán vendidos). La fuente de pago es el ingreso neto de la actividad productiva más la depreciación. Los abonos totales periódicos no deben pasar del 70% de este flujo neto de fondos.

TERCERO: Calcular el monto máximo del crédito que se puede otorgar en base a: el plazo (primer plazo) y el valor del abono periódico (segundo paso) y la tasa de interés (según la política de tasas de interés). Este cálculo puede hacerse con una simple calculadora financiera o tabla de amortización.

Debe implementarse un control de la morosidad por lo menos cada mes. Para medir la morosidad, se debe usar el índice de la cartera afectada y no el índice de las cuotas atrasadas. Usar el índice de cuotas atrasadas para medir la morosidad produce el auto-engaño y pone en peligro el ahorro.

“Cartera Afectada: El método de medir la morosidad por cartera afectada coloca el saldo total de un préstamo moroso en la categoría de mayor antigüedad que le corresponde a la hora de control de morosidad. De esta manera, se pondera el monto moroso por el tiempo de la morosidad para mostrar con claridad el grado de riesgo de incobrabilidad que tiene un préstamo”.

Debe implementarse un programa efectivo de cobranza que reduzca el riesgo de pérdida del ahorro por incobrabilidad de préstamos. La rapidez es sumamente importante en la cobranza. Mientras más antigua sea una cuenta morosa, menor es la probabilidad de su recuperación, y claro está, menores son los intereses cobrados.

Hay que mencionar al respecto tres elementos claves:

- Identificar las cuentas de préstamo moroso inmediatamente después de vencer sin pago una cuenta, para revisar la documentación del crédito e iniciar y supervisar la cobranza.
- Contactar rápidamente al socio, mientras este todavía esté consciente de su mora.
- Dar seguimiento continuo hasta lograr la recuperación del préstamo.

Deben formar provisiones para préstamos y cuentas incobrables que cubran el valor de las pérdidas probables. El valor de estas provisiones se cargarán a gastos. La recuperación de préstamos liquidados anteriormente se aplicaran a ingresos.

Deben liquidar contra la provisión todo préstamo (u otro activo) considerando incobrable con la misma periodicidad en que se hagan intereses y dividendos sobre los ahorros.

Las inversiones son la liquidez “en bodega” por lo que deben ser realizadas para atender un aumento de la demanda crediticia o para desembolsar retiros del ahorro pasivo y patrimonial.

Para que las inversiones puedan proteger el ahorro deben ser seleccionadas según los siguientes criterios en el orden presentado:

Primero: Seguridad, riesgo mínimo de pérdida del capital invertido.

Segundo: Liquidez, puede ser vendida, retirada o realizada rápidamente con facilidad y sin descuentos de su valor.

Tercero: Rentabilidad, una vez confirmada que una inversión cumple los requisitos de seguridad y liquidez, seleccionar la que tiene mayor tasa de retorno.

Para proteger el valor real del ahorro, la cooperativa tiene que pagar tasas de interés y

dividendos que son iguales a, o mayores de la tasa de inflación. A la vez, estas tasas tienen que ser competitivas con las alternativas que tiene el socio para la inversión de sus fondos personales. A veces las tasas de interés del mercado son inferiores a la tasa de inflación, pero generalmente las tasas ofrecidas por la competencia serán de la tasa de inflación y la cooperativa, entonces tendrá también que ofrecer tasas semejantes.

Para pagar tasas reales sobre los ahorros, la cooperativa tiene que cobrar tasas reales sobre los préstamos. Estas tasas tienen que cubrir el costo real del ahorro, el costo operativo neto de la cooperativa, el costo de los activos incobrables y el aumento del capital institucional en proporción al crecimiento del activo total. A la vez estas tasas activas no pueden ser mayores de las que tendría que pagar el socio que es bien sujeto de crédito a otro prestamista.

Los préstamos por cobrar tienen que generar suficiente excedente neto para incrementar las reservas de capital, y los excedentes acumulados no distribuidos, de tal forma que mantienen o incrementan la relación porcentual entre la suma del capital institucional y el activo.

Se tenderá a evitar tasas de interés ficticias. Hay cooperativas que todavía cobran tasas de interés ficticias. Estas son tasas que no indican al socio el costo verdadero de su préstamo. El resultado muchas veces es baja rentabilidad, la pérdida del valor real y hasta nominal del ahorro y el estancamiento de la cooperativa.

13.2.8.4.3 Políticas gerenciales:

“Todo esta cambiando. Todo pide reformas, los sistemas están funcionando mal. Las escuelas parecen no enseñar. La gente reclama cambio. La mediocridad y el conformismo parece que día a día nos van derrotando. Todavía es minoritario el grupo de los que se conforman, pero este sector crece en forma vertiginosa y sus resultados son abrumadamente espectaculares. Existen miles de pequeños negocios o empresas anquilosadas, pero ahora surgen nuevas tecnologías y nuevos empresarios innovadores que francamente arrasan por

su vigor y agilidad.

Este hecho va inquietando y como una ola acuática causa efectos en los sectores adormecidos. Cada vez más gente busca nuevos métodos que le permitan evolucionar hacia nuevas y mejores realidades”

El método de desarrollo organizacional pretende ser una estrategia para el cambio de una serie de nuevas metas y técnicas para estimular la creatividad y el crecimiento.

Por considerar que al sector cooperativo sería de mucha utilidad y conveniencia introducir nuevos conceptos que refresquen nuestros procedimientos utilizamos como mecanismo de éxito empresarial el Desarrollo Organizacional a través de las siguientes políticas de gestión:

Los objetivos institucionales deben ser ampliamente compartidos por los directivos, ejecutivos y personal involucrado con un fuerte flujo de energía y consistencia hacia los objetivos.

Las personas se sentirán libres de mostrar que se dan cuenta de las dificultades, pues esperan que los problemas sean manejados abiertamente y se sienten optimistas de que podrían resolverse.

En la solución de los problemas, deben ser altamente pragmáticos. Al atacar los problemas las personas trabajan informalmente, no se preocupan por el status, por su territorio, ni por preguntarse que va a pensar la alta gerencia. Al jefe frecuentemente se le confronta.

La responsabilidad en la toma de decisiones deberá estar determinada por factores tales como: habilidad, sentido de responsabilidad, disponibilidad de información, carga de trabajo, tiempo y requerimiento de desarrollo profesional y gerencial.

Debe existir un notable sentido de trabajo de equipo en la planeación, en la ejecución y en la disciplina; en resumen, la responsabilidad debe ser compartida.

“El logro de efectividad, no obstante, supone una eficiente planificación de todo el aspecto relacionado con la eficiencia empresarial frente al mercado y medio ambiente en general. Encontramos entonces en la cooperativa dos puntos de referencia de la planificación: la efectividad y el éxito en el mercado, enmarcándose, como vimos, el segundo punto dentro del primero”.

Las opiniones de las personas en los niveles bajos de la organización deben ser respetados y escuchados dentro de los límites de la institución.

Debe existir una libre colaboración. Las personas deben pedir ayuda a los demás y estos deben estar dispuestos a darlas también. Los medios de ayuda deberán desarrollarse. Los individuos y los grupos deben competir con los demás, pero deben hacerlo de una manera justa y dirigida hacia una meta compartida.

A los conflictos hay que tomarles en forma positiva en la toma de decisiones y el crecimiento personal. Las personas dicen lo que quieren y esperan que los demás hagan lo mismo.

Hay una gran cantidad de aprendizaje en el trabajo, por la disponibilidad de dar, hacer, y usar retroinformación y consejo. Las personas se ven a sí mismas y a los demás como capaces de un crecimiento y desarrollo personal significativo.

Las personas muestran buena disposición y deseo de participar porque así lo desean. Son optimistas. Al lugar de trabajo hay que considerarlo importante y placentero.

Se debe procurar que el liderazgo sea flexible, cambiando de estilo y de personas según la situación.

Debe darse un alto grado entre los directivos y personal involucrado en la entidad, sumándose a ello un sentido de libertad y responsabilidad mutuas. Las personas saben generalmente que es importante para la organización y que no lo es.

Debe ser considerado al riesgo como una condición del crecimiento y del cambio; ya que de los errores podemos aprender a rectificar o cambiar.

La estructura, los procedimientos y las políticas de la organización estarán diseñadas para ayudar a las personas a llevar a cabo su trabajo y para proteger la salud organizacional a largo plazo; no para asignar deberes a cada burócrata. Además, es posible notificar con facilidad políticas, procedimientos y estructuras.

La innovación debe estar generalizada hacia toda la organización, la misma que se adaptará a las oportunidades u otros cambios en su mercado, debido a que cada par de ojos esta observando y cada cabeza está anticipando el futuro.

13.2.8.4.4 Políticas de control interno:

El Sistema de Control, regula, supervisa y controla las cooperativas en beneficio de la población asociada. Este control debe ser ejercido por entidades especializadas que respetan y protegen la singularidad cooperativa como contrapeso económico a las instituciones financieras de lucro. Esto protege al consumidor de servicios financieros al darle una alternativa y contribuye a la eficiencia de los mercados financieros.

El sistema de control puede ser privado (autocontrol), puede ser del gobierno o puede ser mixto. Se encuentran estas tres modalidades en los diversos países y la forma específica depende de la experiencia, la costumbre y la capacidad tanto del gobierno como del movimiento.

Aún cuando la regulación, supervisión y control son ejercidos por el gobierno, hay la posibilidad de participación de la dirección de la cooperativa y de los organismos de

integración. También, se recomienda que la entidad que ejerce el control, sea especializada, aún cuando se encuentre dentro del mecanismo de regulación del sistema bancario. Hay varios ejemplos de departamentos de regulación y fiscalización cooperativa que operan dentro de las superintendencias bancarias y logran con éxito ejecutar sus programas de una manera que respete la singularidad cooperativa.

Los sistemas cooperativos DeJardins de Canadá y Raiffeisen de Alemania y Austria ofrecen ejemplos del exitoso autocontrol. En los Estados Unidos el control es ejercido principalmente por el gobierno federal, a través de una institución especializada. En Latinoamérica es ejercido generalmente por Institutos Cooperativos, por Departamentos Cooperativos de los ministerios, y a veces por entidades de fiscalización bancarias.

El control efectivo requiere una estrecha y amplia coordinación entre los organismos oficiales y los organismos de integración.

Los elementos claves del sistema de control que protegen al ahorro se describen a continuación:

Supervisión y Regulación:

La Ley.

El control se basa en la ley. Se recomienda una ley específica para la cooperativa de salud, que incluya por lo menos los siguientes elementos:

La definición de la cooperativa de salud y su estructura orgánica, tanto a nivel de base como de segundo y tercer grado.

Especificación de su rol como intermediaria financiera.

Normas mínimas de su funcionamiento operativo y los tipos de servicios que pueden ser ofrecidos.

Debe ofrecer a los socios una adecuada protección de sus bienes.

Establece un efectivo sistema de fiscalización y supervisión de las cooperativas.

Contabilidad Estandarizada.

Debe establecer un plan de cuentas uniforme para todas las cooperativas con su manual de registros, formularios e instructivos correspondientes.

Auditoría e inspección:

Hay tres principales tipos de auditoría que se necesita para validar la condición financiera y la capacidad gerencial de la cooperativa:

Auditoría Financiera Contable.- Realizada por la Junta de Vigilancia en cooperativas pequeñas o por auditores especializados de la federación, el gobierno o empresas privadas en cooperativas medianas y grandes.

Auditoría contra fraude.- Realizada por la aseguradora que suministra la fianza de fidelidad.

Inspección de Financiación.- Realizada por la entidad de control, que se especializa en evaluar y calificar a la cooperativa en función de seguridad y solidez.

Sistema de Monitoreo.

Este permite a los organismos de control, la Aseguradora y la Unidad Gremial de Investigación, evaluar la condición financiera de la cooperativa. Generalmente se hace el monitoreo mediante la preparación y envío de informes especializados derivados de los estados financieros y registros contables, su procesamiento y la elaboración de informes analíticos que diagnostican la condición financiera de la cooperativa en función de sus coeficientes financieros.

Preparar y enviar los informes es obligatorio para las cooperativas según su situación financiera: a) Para cooperativas buenas, preparación y revisión del informe standard anual o

semestralmente; b) Para cooperativas regulares, preparación y revisión del informe standard trimestralmente; c) Para cooperativas problemáticas, envío y revisión de estados financieros mensualmente y preparación y revisión del informe standard trimestralmente.

Calificación de Cooperativas.

Se califica a las cooperativas en base a la evaluación de su seguridad, solidez y el grado de riesgo que tiene en cuanto a la protección del ahorro de los socios. La fuente para esta calificación son los datos obtenidos de la inspección de fiscalización o de los informes estándares de monitoreo.

En la actualidad, las autoridades monetarias internacionales están requiriendo la implantación del sistema de calificación que se llama "CANEL" denominado así por sus siglas en ingles. Este sistema permite la calificación de la cooperativa por sus coeficientes financieros claves, y muestra tanto las tendencias de la cooperativa como su situación comparativa en relación a otras cooperativas similares.

Control :

En base a los resultados de la supervisión y regulación, se ejerce el control necesario para proteger el ahorro de los socios. Este control se ejerce sobre el equipo gerencial de la cooperativa y puede ir desde las simples recomendaciones hasta su liquidación.

El ejercicio de la autoridad correctiva puede ser realizado directamente por el gobierno en base a la ley, puede ser delegado a organismos de integración o puede ser compartido entre ambos.

Los instrumentos de control son principalmente: a) Recomendaciones; b) Ordenes de Cesar y Desistir de practicas nocivas; c) Ordenes de Separación de dirigentes y empleados específicos; d) Intervenciones; e) Liquidación.

En cuanto al apoyo financiero, a veces se combina el control con la inyección de recursos de capital institucional o liquidez para facilitar la recuperación de cooperativas

problemáticas que tienen perspectivas realistas de lograr la viabilidad a largo plazo. Esta inyección se hace para minimizar la pérdida de ahorro que resultaría de una liquidación.

Los fondos necesarios pueden originarse de la entidad de control o de otras fuentes bajo la garantía de ellas. También puede originarse del fondo de estabilización que a veces es la entidad de control.

Los mecanismos y entidades de control son financiados generalmente por las mismas cooperativas controladas. Esto crea una relación de independencia muy positiva, ya que los organismos de control no pueden existir sin las cooperativas, y ellas no pueden prosperar sin una adecuada regulación, supervisión y control.

13.2.8.4.5 Políticas de salud:

El sector Salud, involucrado en el devenir histórico, enfrentado a la resolución de las consecuencias de la estructura social (problemas de salud enfermedad, daños y devastación del ambiente, precios de los medicamentos, recursos insuficientes para la atención de la salud, etc.) enfrenta el reto de constituirse en el “fiscal” de la situación local, regional y nacional. Lo contrario es, de alguna forma, asumir el rol de espectador o cómplice de la situación predominante.

Hace falta que el sector salud se constituya en voz de alerta ante las políticas públicas “no saludables”, que se comprometa con la defensa de la salud con todas sus implicaciones sociales y políticas.

Desde este punto de vista, el trabajo del técnico de salud en cualquiera de los niveles no es fácil ni es “neutral” porque significa “tomar partido por la salud”, es decir, llamar la atención sobre todo lo que deteriora la vida y ocasiona elevación de las cifras de enfermedad y muerte. Significa ligarse a los problemas, necesidades y aspiraciones de los afectados por la situación imperante.

La posibilidad de jugar este rol depende en gran medida que el sector salud sepa, en su propio ámbito y responsabilidad, superar las deficiencias analizadas a lo largo de este trabajo, demostrando agilidad, eficacia, eficiencia y la mayor equidad posible en el manejo de sus servicios. En otras palabras, de que se gane el “liderazgo social en la consecución de una vida saludable”.

El compromiso colectivo e individual en lo local, en lo regional y nacional, traducido en el trabajo diario por la implantación y mantenimiento de “políticas públicas saludables”, puede ser un factor que contribuya eficazmente a la instauración de regímenes democráticos en lo real.

13.2.8.5 Capacitación: Administración de Botica Popular Comunitaria:

Antecedentes:

Para brindar una atención médica adecuada, aparte del diagnóstico preciso, de la terapéutica efectiva (total o parcialmente medicamentosa) es necesario que exista una disponibilidad y vigencia de los medicamentos, la posibilidad de adquirirlos y que se cumpla correctamente la prescripción en cuanto a dosis y duración del tratamiento.

Como parte importante dentro de la estrategia de APS, esta la dotación adecuada de fármacos en las distintas unidades de salud

Que las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública y aquellas que hacen salud en el país, sean estatales o privadas con objetivo social, cronológicamente han ido sufriendo un deterioro de su capacidad adquisitiva para fármacos, dado su limitado presupuesto; el marcado aumento de la demanda de servicio, su difícil reposición, por la continua elevación de los precios de los medicamentos comerciales (que en muchos casos se han visto obligados a comprar para cubrir un determinado perfil epidemiológico) hacen cada día más difícil cubrir la demanda.

Los servicios básicos de salud (subcentro de Limoncocha) rara vez reciben en forma regular y racional los medicamentos (cantidad, tipo y forma de presentación).

En Limoncocha no existe un establecimiento donde se pueda adquirir medicamentos y que el centro de acopio más cercano se encuentra a 1 hora en transporte terrestre, lo cual aumenta el costo, lo que imposibilita su adquisición y consecuentemente su no administración.

Objetivo General:

Establecer en la Parroquia de Limoncocha una “Botica Popular” donde se puedan adquirir medicamentos a bajo precio, de calidad garantizada, en cantidades necesarias y en el momento en que estos sean requeridos.

Objetivos Específicos:

- Involucrar a la Comunidad en la búsqueda de alternativas, para el aprovisionamiento de medicina genérica de bajo costo y de buena calidad
- Propender a desarrollar y buscar por todos los medios posibles, mantener un uso racional de los medicamentos
- Disponer de los medicamentos genéricos básicos, de acuerdo a las patologías prevalentes
- Interrelacionar la medicina occidental con la tradicional, a través de la venta de medicamentos que usan cada una de estas
- Beneficiar a la población más desposeída económicamente, proveyéndole de medicinas más baratas y de buena calidad
- Crear un centro que genere ganancias económicas (micro-empresa) que sirvan para su abastecimiento y para financiar otros programas de salud
- Mejorar la eficiencia de la inversión en salud
- Reducir la dependencia económica
- Ofrecer al Subcentro de salud un establecimiento en el cual pueda disponer de fármacos de bajo precio y calidad garantizada.



Estrategia:

Establecer contactos directos entre la Comunidad de Limoncocha, el Centro Estatal de Medicamentos Genéricos) y otras instituciones privadas para formar la Botica Popular Limoncocha

Actividades:

Estudio Socio – Económico y del perfil epidemiológico de la población de Limoncocha

Reuniones permanentes con los dirigentes y la población en general, para que conozcan la importancia de crear una botica popular

Análisis del programa de medicina genérica manejada por el CEMEIN, MSP y otras instituciones.

Determinar costos operativos del programa

Implementar una cadena logística de aprovisionamiento de medicinas

Establecer un convenio entre el CEMEIN, MSP y Asociación de Indígenas de Limoncocha, para la provisión de medicamentos

Determinar el lugar y la persona que se hará cargo de la botica

Capacitar en el manejo administrativo a la persona que se haga cargo de la botica

Realizar pedidos de medicamentos en forma permanente y de acuerdo a las necesidades

Control mensual del funcionamiento de la Botica

Informes mensuales del personal de la Botica a la AIL

Gestionar la adquisición de medicamentos no genéricos en otras instituciones

Extender el servicio de la Botica a otras Comunidades

13.2.9 Novena Etapa:**13.2.9.1 Seguimiento:**

El seguimiento del proceso logrado durante la ejecución del proyecto es importantísimo. Este no solo involucra verificar que se cumplan las actividades previstas sino también la responsabilidad de modificar el diseño del proyecto sobre la base de circunstancias

particulares que ocurran durante la ejecución

Esta fase podría asegurar el éxito de la Cooperativa de Salud, como nos podría indicar que es necesario parar el proyecto, disolverlo o posponerlo, asegurando los recursos económicos, físicos, técnicos etc., y de esta manera nos ayuda a realizar las correcciones que fueran necesarias sobre la marcha del proceso.

13.2.9.2 Evaluación y corrección de desviaciones:

El Sistema Cooperativo, se debe fortalecer implementando mecanismos de fiscalización, los cuales servirían de reforzamiento a la estructura jurídica preexistente.

La fiscalización para ser efectiva, es conveniente que sea realizada por organismos especializados, que estén técnicamente capacitados para hacerlo. No importa si la fiscalización es efectuada por un organismo estatal, o particular, lo importante es que sea de comprobada y reconocida capacidad, para lo cual deberá contar con los mejores recursos técnicos y humanos posibles.

Cuando el gobierno no esté en capacidad de cumplir con su función de fiscalizador de manera satisfactoria para el movimiento, éste debe desarrollar sus propios mecanismos de control contando de ser posible con el respaldo del gobierno.

Para ello su organismo de integración, deberá establecer los mecanismos de control más adecuados, buscando que operen de la manera más independiente posible, a fin de que tenga también independencia de criterio al ejercer su función.

Se deberán realizar acciones tendientes a lograr que el movimiento cooperativo adquiera normas y reglamentos acordes con las necesidades propias de las instituciones y de las comunidades a las cuales sirven, para que de esta manera puedan cumplir adecuadamente con sus objetivos.

El movimiento cooperativo ha estado excesivamente regulado, en relación al resto del Sistema financiero; las regulaciones vigentes, han impedido el desarrollo y financiamiento del sistema acorde con sus necesidades, impidiendo por ende su crecimiento económico y su contribución a la solución de los problemas locales y nacionales en una forma más contundente.

Por lo anterior, es necesario que exista la Superintendencia de Cooperativas, la cual permita innovaciones financieras, adecúe la estructura del sector a las actuales y futuras circunstancias, que facilite el establecimiento de una relación más integral entre el socio y la cooperativa y que amplíe una gama de servicios financieros para beneficie a sus socios. Por otro lado se debe buscar que las autoridades competentes apliquen leyes y reglamentos que flexibilicen la acción de las cooperativas y no las enmarquen dentro de parámetros que la colocan en posiciones desventajosas.

El Sistema Cooperativo, debe tomar la iniciativa para que el movimiento promueva ante los gobiernos la expedición de leyes más flexibles y actualizadas, que le permitan competir en el mercado financiero por lo menos en igualdad de condiciones a los demás componentes del sistema financiero. Deberá, analizar la conveniencia de que el sistema sea vinculado al sector financiero formal en igualdad de derechos y obligaciones, llevando a cabo las acciones necesarias para lograr el objetivo propuesto.

Un elemento importante lo constituye el reconocimiento que debe darse por parte de las autoridades de la necesidad de que las cooperativas obtengan una rentabilidad adecuada como base para su fortalecimiento.

Es importante también lograr que las autoridades no obliguen a las cooperativas a incurrir en riesgos en la colocación de préstamos en actividades o áreas de interés meramente político, o prestar servicios a precios subsidiados fuera de la capacidad de la cooperativa. Además, conviene que las actividades de supervisión y control., se ejerzan por parte de quien lo haga, en base a indicadores financieros y de gestión, específicamente diseñados para evaluar la marcha de los organismos cooperativos en su respectivo nivel y no mediante

una intervención en todos los aspectos de su manejo, que se convierte en un indeseable esquema de congestión.

Con tal fin, cada Cooperativa, tomando en consideración las condiciones propias de su mercado, deben desarrollar indicadores sobre el estado de cartera, eficiencia, solvencia y rentabilidad, y exigirán a sus afiliadas su entrega periódica para su evaluación y seguimiento.

Posteriormente, se deberá propender por una clara definición de las funciones de los gobiernos con respecto al cooperativismo y por la adopción de políticas macroeconómicas que favorezcan el desarrollo de las entidades cooperativas y sus afiliados.

En este sentido debe buscarse que los gobiernos ejerzan las funciones de registro, control y vigilancia, y deleguen en organismos cooperativos creados para el efecto, las funciones de promoción, desarrollo, financiamiento y otros servicios para el sector.

De otra parte, la actividad de las cooperativas no es ajena a lo que sucede en el resto de la economía. Por el contrario, es una de las más afectadas. En consecuencia, también están sujetas a recibir el impacto de los cambios en la política económica general del país y su comportamiento se relaciona con la orientación del modelo de desarrollo que se adopta.

Por lo tanto, todas las estrategias, objetivos y ajustes indicados serán inútiles si no se dan las condiciones macroeconómicas y sociales adecuadas. El control de la inflación y el equilibrio fiscal y cambiario deben constituir una prioridad, y debe lograrse un clima de seguridad social que restituya la confianza para que prosperen la inversión y el desarrollo, responsabilidades que en su mayoría corresponden a los gobiernos.

El movimiento cooperativo a través de sus organismos de integración, debe adoptar políticas y estrategias concretas para lograr un mayor acceso a los centros de decisión, tanto en lo público como en lo privado, en los que se tomen decisiones que de alguna manera incidan en el desarrollo de los movimientos nacionales.

13.2.9.3 Capacitación sobre nuevos modelos de administración:

Si bien es cierto existen modelos de manejo administrativo de proyectos, programas y de organizaciones, que han demostrado eficacia en la obtención de metas y objetivos, nos atrevemos a considerar que actualmente hace falta implementar un sistema diferente, que sea más agresivo y más fácil de llevar, es así como recomendamos el presentado por Stephen Covey que nos parece ayudaría en la labor no solo personal sino institucional de la Cooperativa de Salud de Limoncocha:

Hábito	Descripción	Resultados
Proactividad	* Hábito de la responsabilidad	* Libertad
Empezar con un fin En mente	* Hábito del liderazgo personal	* Sentido a la vida
Establecer primero lo Primero	* Hábito de la administración personal	* Priorizar lo importante vs. Lo urgente
Pensar en ganar/ganar	* Hábito del beneficio mutuo	* Bien común equidad
Procurar primero comprender, y después ser Comprendido	* Hábito de la comunicación efectiva	* Respeto convivencia
Sinergizar	* Hábito de interdependencia	* Logros innovación
Afilar la sierra	* Hábito de la mejora continua	* Balance renovación

Recientemente se ha desarrollado una nueva tendencia de conducción Administrativa gerencial, que bajo la denominación de Calidad Total, busca obtener el máximo

rendimiento o productividad en una empresa u organización.

Parte del principio de que se puede obtener este resultado logrando que todos los miembros de la organización se consideren parte importante de la misma y procuren dar todo de sí para proporcionar un producto o un servicio que sea completamente satisfactorio para el cliente.

No se trata únicamente de productos, en el caso de organizaciones que proporcionan servicios, también se puede lograr la excelencia proporcionando un servicio que satisfaga al usuario totalmente.

Otro principio que se ha introducido en los últimos tiempos consiste en que se considera que la línea de orientación general de una empresa viene de arriba hacia abajo, es decir la conducción en cuanto a objetivos y metas y la forma de cumplirlos es responsabilidad y atribución de la gerencia, en tanto que las decisiones diarias, para la solución de problemas inmediatos, se orientan de abajo hacia arriba, es decir, se concede a los mandos medios mayor capacidad de decidir. La gerencia se limita a observar que todo se haga dentro de las líneas que se han establecido como aceptables o recomendables.

13.2.9.4 Reformas o modificaciones en los reglamentos, manuales de organización e instructivos que la empresa aplica:

Una vez que la Cooperativa de Salud esta formada y esta funcionando, generalmente los socios como los directivos se dan cuenta que habido errores en los reglamentos, en los manuales de organización, de control interno, etc. (ocasionados a veces por factores externos, que no aparecían en la época en que fueron redactados), y que es necesario revisarlos, corregirlos, actualizarlos y registrarlos jurídicamente. Por lo general estos cambios son prácticos y no teóricos; ocasionalmente incluso, es necesario redactar nuevos manuales de organización y de funcionamiento de las distintas unidades administrativas.

13.2.10 Décima Etapa:

13.2.10.1 Realizar seguimiento:

El seguimiento es una actividad que como vemos debe realizarse continuamente, desde el inicio del proyecto, es decir desde que nació la idea de formar la Cooperativa de Salud de Limoncocha hasta el final del mismo y debe ir monitoreando paso a paso el desarrollo de las distintas actividades. Controla todo el proceso (RRHH, Recursos físicos, Técnicos, el movimiento económico, el cumplimiento de las metas, etc.). con esto lo que se trata es asegurar el éxito de la Cooperativa y por ende salvaguardar todos los intereses de sus socios y de la Comunidad de Limoncocha en general. Este siempre debe RETROALIMENTAR todas las fases, es decir mantener informado de todo lo que sucede para que los integrantes de la organización refuercen o corrijan actitudes o actividades en beneficio de la empresa. Es responsabilidad de todos y cada uno de los miembros de la Cooperativa y nos solo de sus directivos.

13.2.10.2 Brindar asesoramiento sobre los resultados y aplicación de la empresa:

El futuro de las empresas dependerá de la capacidad de los gerentes y empresarios para producir o brindar un servicio competitivamente. El diseñar productos, o entregar servicios de calidad a costos competitivos y lograr establecer sistemas logísticos que permitan brindar un servicio de entrega efectivo y eficiente en cualquier circunstancia serán algunos de los factores que, en gran parte, determinen el futuro de las empresas:

Para poder analizar los resultados debemos ir a analizar los “procesos” o lo que es lo mismo el “Sistema Operativo” los cuales identifican cualquier parte de una organización que toma insumos y los transforma en resultados o productos de mayor valor para la organización que los insumos originales. El resultado que se obtiene de un proceso puede ser un producto tangible o un servicio que se brinda. Por ejemplo, un productor exportador de flores toma ciertos insumos agrícolas, como semillas y fertilizantes, que serán transformados con la aplicación de mano de obra, equipo de capital y energía en un producto de mayor valor

como son las flores. Un proceso cuyo resultado es un servicio se podría encontrar en un hospital. Aquí se aplica capital, mano de obra y energía a otro insumo, el paciente, para poder transformar ese paciente en un persona sana (producto).

La administración efectiva del proceso de producción, en conjunto con las políticas y objetivos de una empresa, determinará en gran medida la habilidad de esta empresa para competir en el mercado al cual se orienta. Una mayor comprensión de los procesos productivos y sus características ayudarán al gerente a diseñar procesos y productos que le garanticen un nivel de competitividad en todos los mercados a los que se dirija.

Tomando en cuenta lo anterior podemos manifestar que el futuro de la Cooperativa de Salud de Limoncocha y de sus microempresas dependerá de un análisis adecuado de los procesos.

13.2.10.3 Efectuar sugerencias para una mejor administración, especialmente sobre los objetivos que persigue la cooperativa:

El objetivo fundamental de la Empresa Cooperativa de Salud de Limoncocha, será convertirse en un sistema fuerte, competitivo, rentable, flexible, ágil, especializado y tecnificado; sin olvidar, su filosofía de servicio, su visión, su misión. Para alcanzarlo, requiere invertir en tecnología y capital humano adecuado para mantenerse a tono con la permanente modernización. Con este fin se establecen las siguientes políticas:

Flexibilización: los componentes del sistema, deberán adoptar mecanismos operativos que le permitan una fácil adaptación a los continuos cambios.

Modernización: Los componentes del sistema, deberán estimular su modernización. El sector cooperativo deberá ser más competitivo y agresivo en el proceso de innovación. Se necesitan nuevos productos, más inversión en tecnología informática y sistematización que le permitan agilizar los procedimientos y desarrollar economías de escala.

Informática: Se deberá estar al día en lo referente a la implementación de base de datos y sistemas estadísticos que permitan un mejor control.

Sistemas de Control: Establecer mecanismos necesarios de fiscalización, para su fortalecimiento.

Recurso Humano: Capacitación permanente, tanto en áreas de Salud comunitaria como en el manejo administrativo

Fin Social: nunca abandonar su objetivo más sobresaliente y la razón de la existencia de la cooperativa

Intesectorialidad: mantener permanentes contactos con entes similares o de otra índole, procurando la suma de intereses.

Establecimiento de redes de servicio
Descentralización, etc.

XIV. Desarrollo de Actividades:

Se conversa con diversos integrantes de la comunidad acerca de la posibilidad de crear una empresa cooperativa de salud, como alternativa para mejorar las condiciones sociales, económicas y de salud de la zona, quienes se muestran interesados en la propuesta;

Se promueve a nivel comunitario la idea de la formación de la empresa cooperativa de salud.

Se realiza en Limoncocha, una Asamblea General, con el fin de Promocionar la formación de la Empresa Cooperativa de Salud de Limoncocha.

Posteriormente se ejecutan reuniones aisladas con distintos grupos de la comunidad (profesores, trabajadores de las petroleras, comunidad en general) para tratar más

particularizadamente los distintos aspectos de la empresa cooperativa de salud.

Se conforma un Comité Precooperativa (comunidad, personal del subcentro de salud de Limoncocha, INEFAN, FFAA, Instituto Intercultural Bilingüe, Occidental).

Occidental Exploration and Production Company, aporta con los capacitadores (un economista, un médico).

La comunidad luego de varias seccionas, decide que es necesario formar en la Parroquia de Limoncocha, una Empresa Cooperativa de Salud, en vista de la ineficiencia? mostrada hasta ese tiempo por los responsables de la salud de la zona.

- Se cumplen en su totalidad las 5 primeras fases del proyecto:
- Se inscriben 200 socios fundadores
- Los socios deciden que el certificado de inscripción tenga un costo de 100.000 sucres y se de un aporte mensual de 50.000.
- Se nombra una directiva provisional
- Se abre una cuenta de ahorros en el Banco Internacional de Shushufindi, donde se colocan los aportes económicos de los socios.
- Se implementa las primeras microempresas: Botica Popular, proyecto Turístico Etnomédico, y se preparan los otros.
- La Asamblea General decide emprender un proyecto de comercialización (compra útiles escolares y ropa de deporte para los distintos establecimientos educacionales de la zona), obteniendo una considerable ganancia.
- La Asamblea General decide que el 60% del dinero producido por la Cooperativa, pasa a ser manejado por la Comisión de Salud.
- Los estatutos y los documentos de los socios adscritos están en este momento en tramite de legalización en el Departamento Jurídico de la Dirección Nacional de Cooperativas, del Ministerio de Bienestar Social, etc.

Es importante recalcar que en todas estas actividades hay una participación decidida y activa de la Comunidad y sobre todo que es la primera vez en la historia de Limoncocha que los miembros de la comunidad aportan con su trabajo y su dinero en beneficio de su salud.

XV. CONCLUSIONES:

El presente trabajo trata principalmente de la siguiente temática:

- a) Participación Comunitaria en el proceso de Salud de la Parroquia Limoncocha, Cantón Shushufindi, Provincia de Sucumbios.
- b) La Autogestión y la Cogestión Comunitaria como estrategias válidas para la solución de los distintos problemas de salud de la zona y
- c) La formación de una Empresa Cooperativa de Salud en Limoncocha, con su componente principal: la Microempresa,

A continuación desglosaremos cada una de estas temáticas:

- a) En América Latina se vienen multiplicando las experiencias de trabajo con sectores populares, dentro de un intento de democratización de las relaciones sociales vigentes.

Lo que quedaba fuera casi siempre era nada más, ni nada menos, que la vida cotidiana de la población; nada más ni nada menos que sus experiencias diarias, su historia, sus expectativas, sus creencias.

Este trabajo intenta llevar la reflexión precisamente a ese ámbito, a través de lo que se viene denominando Participación Comunitaria en Salud y Autogestión.

La premisa central es la siguiente:

Quien no conoce la situación en que vive difícilmente puede actuar sobre ella.

Premisa que se acompaña de otras:

El control de la información es sinónimo, entre los sectores populares, de control del poder de decisión.

La democratización pasa necesariamente por el conocimiento de la propia situación.

La democratización, en el seno de las poblaciones y de las organizaciones, significa una

distribución igualitaria del poder de decisión.

La práctica participativa es considerada un instrumento útil para reducir la insatisfacción individual en el trabajo, administrar relaciones de poder y movilizar energías individuales hacia fines colectivos.

En las situaciones tradicionales de baja participación.. el compromiso individual se debilita. Se acentúan la enajenación, la potencialidad de los conflictos y el uso inadecuado del poder.

La alienación hace que el individuo no se sienta parte activa en el proceso de decisión y acción; sus poderes y capacidad de contribución parecen alejados de la organización del trabajo. Se vuelve pasivo, dependiente, y pasa a encontrar, en sí mismo y en el contexto donde actúa, justificaciones para ser pesimista, frustrado y acomodado. La organización pierde oportunidades reales de contribución, además de que se descuidan las perspectivas de realización personal y profesional.

La incorporación de la participación social en particular la participación comunitaria en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones de salud sobre una base amplia y sometida más allá del contexto de la investigación acción participativa a corto plazo, requiere la adopción de estrategias y metodologías específicas. Estas estrategias deben incluir mecanismos permanentes para la discusión de problemas, coordinación de las actividades y la responsabilidad en el desempeño.

El conocer la propia situación no es, pues, cuestión de simple adquisición de información o de curiosidad. Se trata de avanzar en una toma de conciencia de aquellos elementos que obstaculizan el desarrollo individual y grupal, y se trata de hacerlo mediante un aprendizaje colectivo, basado en el intercambio de experiencias y en una apropiación de la memoria histórica, es decir, la memoria de la propia comunidad. Esta experiencia tiene un valor en la medida en que todos aprendemos de todos, todos nos enriquecemos con las experiencias y los conocimientos de todos.



b) Tradicionalmente en nuestro país el estado ha asumido el papel Paternalista en lo que se refiere a la Salud. Esto por un largo tiempo satisfizo más o menos a la población (sin ser un mecanismo eficiente, al menos cubría en algo las necesidades básicas).

Actualmente la severa crisis financiera que soportan todos los servicios estatales de salud del país, originada en el proceso de desfinanciamiento del estado arrastrado desde años atrás (de esta crisis, la peor parte la han llevado los sectores sociales, especialmente el de salud, con un descenso en los recursos disponibles que va desde el alrededor del 8% del presupuesto del estado en los primeros años de la década de los ochenta hasta menos del 4% en 1994; y el incremento imparable del costo de la tecnología médica que se adquiere siempre en monedas duras, sin dejar de mencionar los efectos de la inflación, en particular en alimentos, medicinas, y otros insumos indispensables para la atención diaria de los pacientes, que generalmente tiene promedios superiores a los otros elementos de este indicador económico), impide que estos sigan asumiendo el papel de subvencionadores de la salud.

Es por esto que se hace necesario que la Comunidad adopte algunos tipos de Participación Comunitaria, como son la Autogestión (Cuando la comunidad administra los recursos y las actividades... el aspecto más importante consiste en que la toma de decisiones se produce a nivel de los instrumentos comunitarios, por lo menos en los aspectos clave) y la Cogestión (Cuando la comunidad comparte la administración con una institución de salud, pública o privada. Se colabora en la toma de decisiones, en especial en lo que toca a las actividades que deben realizarse).

d) El movimiento cooperativo no solamente es una organización económica y social, amparada por las legislaciones del mundo, sino que es una forma de vida, que basada en principios de autogestión, autocontrol y autoesfuerzo persigue el cambio de las estructuras socio – económicas en un ambiente de libertad y de paz.

Nosotros consideramos, que el sector cooperativo se presenta como una de las alternativas para salir de la crisis en que se encuentra tanto el sector social en general como el sector

salud en particular, puesto que es generador de empleo, distribuidor de la riqueza y democratizador de la participación social (participación comunitaria en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones de salud) además, con la conformación de microempresas fomenta la industria, la artesanía, el comercio, produciendo bienestar y mejor calidad de vida en la comunidad.

XVI. RECOMENDACIONES:

- Estimular y apoyar la participación activa de la Comunidad en la cogestión de los servicios de salud y en la solución de otros problemas básicos.
- Fortalecer la coordinación intra e intersectorial para la solución integral de la problemática de salud y el mejoramiento del nivel de vida de la población.
- Que el Proyecto “empresa Cooperativa de Salud de Limoncocha, se desarrolle de acuerdo al Plan elaborado inicialmente, o en el peor de los casos, se hagan cambios que beneficien directamente a los socios.
- Propender a obtener la actividad comunitaria en una forma organizada; de tal forma que, el mecanismo que exprese a la comunidad lo haga como sujeto activo, consciente y responsable en la defensa de la salud.
- Nunca desestimar el conocimiento de la comunidad; nadie conoce mejor sus problemas que la propia comunidad. Sus líderes deben ser respetados y motivados para que parte de sus tareas las dedique al campo de la salud.
- Nunca reemplazar el trabajo obligatorio del Estado en el campo de la salud, por el trabajo desinteresado de la comunidad.
- Capacitar permanentemente a la comunidad, en temas de salud , organización, desarrollo comunitario, administración, autogestión, etc.
- Respetar la multiétnicidad de los pueblos, sus costumbres, su medicina tradicional, su lengua, conocimientos, organización comunitaria, cosmovisión propia, etc.
- Estimular los verdaderos sistemas de salud no formales, tradicionales e indígenas.
- Propiciar un acercamiento entre los miembros de la comunidad que permita alcanzar metas ciertas para el bienestar de todos. Esto es indispensable para conseguir condiciones saludables de vida.

- Superar los vicios característicos de una relación vertical, prepotente y deshumanizante entre el personal de salud, los pacientes y la comunidad.
- Aunque, aparentemente hemos superado con tecnología, muchas de las enfermedades de la pobreza es indispensable mantener en muchas áreas rurales del país, la estrategia básica de APS.
- Estimular la cogestión para que se convierta en uno de los pilares del orden social. Esta debe basarse en la convicción de que la legitimación democrática no puede limitarse a la escala estatal, sino que debe ser eficaz en todos los ámbitos sociales.
- Fortalecer, reconocer y dar validez al trabajo y sugerencias del Comité de Salud, quien deberá establecer políticas de salud encaminadas a asegurar un acceso a la asistencia médica igual para la totalidad de los habitantes.
- Incentivar al Estado para que cualquier estrategia que se considere una buena alternativa para mejorar la salud y la calidad de vida, tenga el respaldo de una legislación y un marco legal adecuado.
- Propiciar la formación de una Red Integral de Salud, que asegure salud y programas de servicios sociales que estén basados en lo concerniente al bienestar de todos los Limoncochenses en necesidad, niños, padres, personas nativas, ancianos, discapacitados y enfermos crónicos.
- Tender a un sistema de salud altamente descentralizado, donde los sistemas locales de salud manejen sus propios sistemas de cuidado, programas educacionales, salud personal, promoción y prevención de salud.
- Rendir cuentas e incorporar las preocupaciones que causa el efecto de las inversiones económicas y sociales sobre los patrones de distribución de la comunidad.
- Sirviendo al cooperativismo en su mayor parte al sector informal de la economía, deberá tener presencia en la Junta Monetaria, y ser protagonista de las políticas financieras que rigen para este tipo de instituciones.
- Disponer que las cooperativas sean administradas como cualquier otra institución financiera en el sentido que trabajará para obtener excedentes razonables en el ejercicio económico para garantizar así a la institución como tal, y a los socios, sin descuidar el sentido social que tiene como doctrina el movimiento cooperativo.
- Los directivos tanto del Consejo de Administración como el de Vigilancia y



Comisiones especiales, para que puedan ostentar tales dignidades, deberán acreditar cursos de cooperativismo, funcionamiento y manejo de microempresas, etc.

- Independencia de funciones tanto de los Consejos y Comisiones especiales, como del Gerente, sancionando la injerencia en labores que no les corresponde, para evitar abusos de poder de ciertos dirigentes que desean imponer privilegios propios o para sus recomendados.
- Reglamentar el rendimiento de cauciones por parte del Gerente y del Consejo de Administración par evitar el manejo de fondos fuera del reglamento de cada institución.
- Sancionar a la cooperativa cuando se saliere de los objetivos sociales para los cuales fue creada, disponiendo de sumas de dinero para donaciones y ayudas a otras personas naturales o jurídicas y que nada tienen que ver en la institución.
- Continuo mejoramiento el la cooperativa e los siguientes aspectos: administrativo (Flexibilización, modernización, informática), financiero (liquidez, rentabilidad, eficiencia, etc.), sistemas de control, del recurso humano, etc.
- Crear microempresas (botica popular, huertos hidropónicos, computeras, turístico etnomédico, de comercio, etc.) que sean administradas y manejadas por la comunidad y que el 60% de su rentabilidad económica sea destinada para certificados de aportación de la Cooperativa de Salud, la cual podrá disponer de dichos fondos en el mejoramiento del servicio de salud de la Comunidad.
- Formar el Comité de Salud, como ente regulador de las acciones a nivel local.
- Propender a que el subcentro de salud oficialice “la recuperación de costos”.
- Capacitar a la Comunidad en aspectos de cooperativismo en general y de la Empresa Cooperativa de Salud en particular.
- Extender la cobertura de la Cooperativa de Salud, a otras comunidades vecinas (captación de mayor número de socios).

XVII. ANEXOS:

17.1 ANTECEDENTES:

Antes de abordar cualquier actividad humana (salud, en este caso particular) debemos en primer lugar ubicar al hombre dentro de todo el contexto universal y tratar de explicar las diversas relaciones que este y sobre este ejerce tanto el micro como macrouniverso.

Desde que el hombre apareció sobre el planeta, se caracteriza por mostrar peculiaridades que le hacen un ser muy especial, y es así como:

Versiones bíblicas consideran que el hombre fue hecho a imagen y semejanza de Dios, y se le da la potestad de que señoree en los peces del mar, en las aves del cielo, en las bestias, en toda la tierra y en todo animal que se arrastre sobre la tierra; además se le permite fructificarse y multiplicarse, que llene la tierra y la subyugue, y se le da toda planta que da semilla, que esta sobre la tierra, y que le sirva para comer.

Desde el punto de vista filosófico, el hombre es “Una substancia individual y de naturaleza racional “dotado, por consiguiente, de la capacidad de entender y querer”.. Desde el punto de vista social, pasamos la vida en constante interacción con otros individuos, ocupando nuestros pensamientos con ellos, tratando de agradarles, procurando anticipar sus conductas hacia nosotros; el hombre va modelando su específico modo de ser y de comportarse, sus creencias y actitudes, en definitiva, su propio yo. En consecuencia, lo que somos, pensamos y sentimos es, en realidad, producto de la interacción social.

Desde el punto de vista antropológico, se considera al hombre como el centro de la cultura; entendiéndose como cultura: Al complejo conjunto que incluye conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualesquiera otras actividades y hábitos adquiridos por el hombre en tanto que es miembro de una sociedad.

Desde el punto de vista ecológico, consideramos que el hombre vive en un medio físico o entorno concreto determinado por unas características que influyen en su comportamiento,



en sus costumbres y, en definitiva, en su cultura. El entorno plantea, en primer lugar, el problema de la subsistencia, pero a la vez proporciona los medios o recursos para resolverlo. De esta forma, entorno y recursos forman el MEDIO AMBIENTE, que no es el simple telón de fondo sobre el que se desarrollan las relaciones sociales o los distintos procesos de comunicación, si no que condiciona y limita a toda la vida colectiva, aunque resulta incorrecto afirmar que el comportamiento de un grupo humano no es más que el resultado directo e inevitable de las condiciones ambientales en que vive. En cualquier caso, es la ADAPTACIÓN al medio lo que hace posible la vida del hombre, y constituye, por tanto, una parte fundamental de su actividad

Como vemos el hombre es un ser complejo, lleno de expectativas, que para su satisfacción requiere llenar sus necesidades básicas (hambre, sed, reposo, etc.). de seguridad, sociales, de autoestima y de autorealización y que su comportamiento depende no solo de factores intrínsecos sino también extrínsecos (Maslow).

Una vez que hemos ubicado al hombre como un ser (filosófico, ecológico, social, antropológico, teológico, etc.) en segundo lugar, es necesario recalcar el compromiso social del ser humano respecto a la salud, para lo cual es imprescindible recordar previamente algunos conceptos y principios insoslayables, componentes que le dan a la salud el carácter de derecho fundamental del hombre. Las posiciones que se oponen a las actuales tendencias interpretan que el derecho a la salud es parte sustancial de los derechos humanos, y por lo tanto debería ser respetado sin restricciones y quedar al margen de las políticas de ajuste económico.

Tal convicción implica que todo ser humano tiene derechos esenciales en lo civil, económico, político, social cultural y es merecedor de reconocimiento en el plano jurídico. La salud constituye uno de los derechos básicos del hombre, reconocido por las más antiguas civilizaciones. Aristóteles advirtió, en el siglo IV a.C., la jerarquía que adquiriría el derecho a la salud: "Si creemos que los hombres como seres humanos, poseen derechos que le son propios, entonces tienen un derecho absoluto de gozar de buena salud en la medida en que la sociedad, y sólo ella, sea capaz de proporcionársela" (Roemer 1989).

en sus costumbres y, en definitiva, en su cultura. El entorno plantea, en primer lugar, el problema de la subsistencia, pero a la vez proporciona los medios o recursos para resolverlo. De esta forma, entorno y recursos forman el MEDIO AMBIENTE, que no es el simple telón de fondo sobre el que se desarrollan las relaciones sociales o los distintos procesos de comunicación, si no que condiciona y limita a toda la vida colectiva, aunque resulta incorrecto afirmar que el comportamiento de un grupo humano no es más que el resultado directo e inevitable de las condiciones ambientales en que vive. En cualquier caso, es la ADAPTACIÓN al medio lo que hace posible la vida del hombre, y constituye, por tanto, una parte fundamental de su actividad

Como vemos el hombre es un ser complejo, lleno de expectativas, que para su satisfacción requiere llenar sus necesidades básicas (hambre, sed, reposo, etc.), de seguridad, sociales, de autoestima y de autorrealización y que su comportamiento depende no solo de factores intrínsecos sino también extrínsecos (Maslow).

Una vez que hemos ubicado al hombre como un ser (filosófico, ecológico, social, antropológico, teológico, etc.) en segundo lugar, es necesario recalcar el compromiso social del ser humano respecto a la salud, para lo cual es imprescindible recordar previamente algunos conceptos y principios insoslayables, componentes que le dan a la salud el carácter de derecho fundamental del hombre. Las posiciones que se oponen a las actuales tendencias interpretan que el derecho a la salud es parte sustancial de los derechos humanos, y por lo tanto debería ser respetado sin restricciones y quedar al margen de las políticas de ajuste económico.

Tal convicción implica que todo ser humano tiene derechos esenciales en lo civil, económico, político, social cultural y es merecedor de reconocimiento en el plano jurídico. La salud constituye uno de los derechos básicos del hombre, reconocido por las más antiguas civilizaciones. Aristóteles advirtió, en el siglo IV a.C., la jerarquía que adquiriría el derecho a la salud: "Si creemos que los hombres como seres humanos, poseen derechos que le son propios, entonces tienen un derecho absoluto de gozar de buena salud en la medida en que la sociedad, y sólo ella, sea capaz de proporcionársela" (Roemer 1989).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, consagró el derecho a la salud en su artículo # 25 al establecer claramente que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, la vivienda y la asistencia médica.

El 12 de septiembre de 1978, en Alma Ata, ex URSS, se ratifica el derecho inalienable de la salud y se adopta como estrategia la Atención Primaria de Salud.

En el plano local, se observa en la Constitución Ecuatoriana, lo siguiente:

En la sección 1, Art. 19, literal 14, Que el gobierno garantiza un nivel de vida adecuado, donde el hombre goce de buena salud, alimentación, vivienda, asistencia médica y otros servicios sociales.

En la sección IV, Art. 29, literal 12, Que el gobierno está en la obligación de dar buena salud tanto en el área urbana como rural, sin distinción de razas, credos, sexo, edad, etc., además, dotar de servicios básicos: agua, luz, canalización y otros, para garantizar la vida de los ciudadanos y evitar enfermedades en niños, mujeres, ancianos, etc.

Hoy, en los países desarrollados, los estados-gobierno son los responsables de que tal derecho no sea conculcado. Lamentablemente, esta responsabilidad no es asumida en la misma dimensión por los gobernantes de los países en vías de desarrollo. Las razones por las cuales los pueblos que, por sus características socioeconómicas, necesitan más de la protección del Estado, se ven privados de ella, hay que buscarlas, en gran medida, en las políticas de salud sistematizadas por el Banco Mundial: conocidas como lineamientos para una nueva política sanitaria, están dirigidas a los países de bajo y mediano ingreso. El decreto 578 de Autogestión Hospitalaria se enmarca dentro de las directrices impuestas por el Banco Mundial.

Estas políticas no adoptan una estrategia en base a objetivos tendientes a lograr una cobertura universal de la población, mediante programas que protejan a todos los

ciudadanos en forma igualitaria. Por el contrario, lo que caracteriza a las modalidades que, en la actualidad, se quieren aplicar en el sector salud, es la fragmentación de la sociedad en grupos, con distintas posibilidades de acceso al sistema según sus diversas condiciones.

Retomando la proclamación de las Naciones Unidas de 1948, que garantiza el derecho a la atención médica, todos los que estamos involucrados en la atención de salud debemos reflexionar profundamente y comprometernos a actuar con plena convicción y energicamente, en cada oportunidad que tomemos conocimiento de que alguien hubiera sido privado de este derecho.

Es útil insistir que esa privación, según lo establecido por la Declaración del '48, es un acto violatorio de los derechos humanos. Por lo tanto, el incumplimiento por parte del Estado de su responsabilidad indelegable y sin condicionamientos en este aspecto, debería provocar en el conjunto de la sociedad una reacción de idéntica magnitud a la que ocasiona la violación de alguno de los otros derechos humanos, como por ejemplo, la privación ilegítima de la libertad de un ciudadano.

Lamentablemente, esto no ocurre con la intensidad social deseable; si bien es justo decir que se ha avanzado significativamente: hoy encontramos numerosas entidades de profesionales de la salud, que dedican ingentes esfuerzos para que este derecho no sea violado por quienes, paradójicamente, tienen la obligación de disponer su cumplimiento, así como el deber de difundir entre la población cuáles son sus legítimos derechos, y exigir de este modo que los mismos se respeten sin limitación alguna.

La participación decidida de la comunidad en la defensa de una potestad pública, constituye la única garantía ante el avasallamiento, cuando los gobernantes están dispuestos a implementar modelos socioeconómicos que excluyen a vastos sectores de la población. Tal vez esto constituya el desafío mayor, y más importante, al que deberán enfrentarse los dirigentes políticos y las entidades de los profesionales de la salud, ya que del éxito de esta difícil misión dependerá en gran medida la preservación de los sistemas públicos de salud, esencialmente equitativos desde sus orígenes.

La situación de la salud de la población ecuatoriana, tiene ribetes de retraso en su desarrollo y en algunos casos un notable deterioro como reflejo de la crisis económica y social de los últimos años. Esta crisis se caracteriza por un deficiente crecimiento económico, debido a un deteriorado crecimiento del producto nacional bruto (PNB) per cápita, a una alta tasa de inflación y a un aumento alarmante de los niveles de pobreza, lo que da como resultado la agudización del desempleo y subempleo, y el empeoramiento de la calidad de vida, especialmente de los grupos de menores ingresos.

Lo anotado en el anterior párrafo, explica las altas tasas de desnutrición infantil, con su inseparable socio, la mortalidad infantil, el grave déficit de servicios básicos, en especial agua potable y alcantarillado, particularmente en el sector rural, los altos niveles de morbilidad, mortalidad materna, etc. Que dibujan en nuestro querido país un panorama desolador inmerso dentro de un hermoso paraíso.

Limoncocha, es una parroquia, de la amazonía ecuatoriana, que no es exenta de esta triste realidad y lo que es más grave tiene otras taras como son la escasa o nula participación comunitaria y el arraigado paternalismo, que muchas ocasiones ha impedido el desarrollo social – económico y de salud de la población.

17.2 PARROQUIA LIMONCOCHA

17.2.1 Límites: Según Acuerdo Ministerial #0920 del 13 de septiembre de 1991, mediante el cual el ministerio de gobierno procedió a aprobar la ordenanza expedida por el Ilustre Consejo Cantonal de Shushufindi, la misma que entre otras cosas se refiere a la delimitación de la jurisdicción de la cabecera cantonal de Shushufindi con respecto a las parroquias de San Roque, Limoncocha y Pañacocha, y la delimitación de las referidas parroquias entre sí, tenemos:

Límites entre la jurisdicción de la cabecera cantonal Shushufindi y la Parroquia Limoncocha (de este a oeste).- De un punto del curso del Niuthsinae, ubicado a 4.5 Km. aguas abajo, de su cruce con el camino de verano Santa Mónica Shushufindi y a 7 Km.

antes de su afluencia en el Río Shushufíndi; el curso del Río Niuthsinae, aguas arriba hasta la afluencia del estero paraíso. de dicha afluencia, el curso del último estero señalado, aguas arriba hasta sus orígenes; de estos orígenes una alineación al nor-oeste hasta las nacientes del estero Jivino chico (que corresponde al estero #1, señalado en los límites de la parroquia 7 de Julio, punto de coordenadas geográficas 0 14'26" de latitud sur y 76 45'04 de longitud Occidental (vértice de la jurisdicción de la cabecera cantonal Shushufíndi y de las Parroquias Limoncocha y siete de Julio).

- Límites entre la parroquia Limoncocha y San Roque (de nor-este a sur-oeste). De un punto del curso del Río Niuthsinae ubicado a 4.5 Km., aguas abajo, de su cruce con el camino de verano Santa Mónica - shushufíndi y a 7 Km. antes de su afluencia en el Río Shushufíndi, un meridiano geográfico al sur, hasta su intersección con la carretera Palmeras del Ecuador- San Vicente; punto ubicado a 3 Km. al este del campamento de la compañía Palmeras del Ecuador; continuando por la carretera Palmeras del Ecuador-San Vicente en dirección a la última localidad anotada en una distancia aproximada de 1 Km. a hasta el empalme del camino de ingreso a la precoperativa Los Olivos, en una distancia de 1.4 Km., hasta el punto donde dicho camino cambia su dirección norte-sur por este -Oeste; de este punto un meridiano geográfico al sur hasta intersectar el curso del Río Itaya; de esta intersección, el curso del último río señalado, aguas abajo, hasta intersectar el paralelo geográfico ubicado a la misma latitud geográfica de las nacientes del Río Ushillapiñayacu; de dicha intersección, el paralelo geográfico al este hasta las nacientes del río señalado, de dichas nacientes el curso del río Ushillapiñayacu, aguas abajo, hasta su afluencia en el río Pañayacu; de esta afluencia, el curso del último río indicado, aguas abajo hasta la afluencia del río Yacu.
- Límites entre las parroquias Limoncocha y Pañacocha (de norte a sur).- De la afluencia del río Yacu en el Río Pañayacu, el meridiano geográfico al sur hasta intersectar el curso del Río Challuayacu; de esta intersección el curso del último río señalado, aguas abajo hasta su afluencia en el Río Napo.

17.2.2 CLIMA

Las condiciones climáticas, edáficas y otros parámetros como la vegetación de la zona son características del bosque húmedo tropical (bh-t), formación ecológica del modelo de pluvial forestal que presenta como límites climáticos, una biotemperatura media entre 24 - 25 grados centígrados un promedio anual de lluvias entre 3.000 m. y 5.000 m. y una elevación inferior a 1.200 m.snm.

El clima es cálido húmedo con abundantes precipitaciones sin una repartición homogénea durante el año, sin embargo, la mayor pluviosidad se presenta en los meses de marzo, abril y mayo con un promedio de 350 mm.

La temperatura media mensual es bastante uniforme con un valor promedio de 24.6 grados centígrados. Las temperaturas más altas se registran en los meses de enero y febrero y las más bajas en julio.

17.2.3 HIDROGRAFIA

Se encuentra dentro de la cuenca del río Napo, el cual se caracteriza por ser bastante ancho (1 o 3 km.), por la poca profundidad en varios sectores y la existencia de islas a todo lo largo de su recorrido, muchas de ellas de considerable tamaño y con vegetación, así como numerosos bancos de arena producto de la dinámica pluvial del río.

La red de drenaje secundaria afluente del río Napo, se encuentra representada por las subcuentas de los ríos Jivino, Capucuy e Itaya.

Completando este sistema, se encuentra la laguna de Limoncocha, ubicada sobre la margen izquierda del río Napo, es alimentada por río Pichira y las quebradas Playayacu y Huagrayacu, drenando luego hacia el río Capucuy.

17.2.4 COBERTURA VEGETAL

Los principales tipos de cobertura vegetal identificados en el área son:

- Bosque primario.
- Bosque primario intervenido.
- Bosque secundario.
- Bosque en la zona inundable.
- Vegetación de pantano.
- Vegetación acuática.
- Vegetación de Islitas.
- ... alto
- ... bajo
- Areas intervenidas: cultivos, pastos.

17.2.5 FLORA

Existen diversidad de especies, muchas de ellas aprovechadas para variados usos en particular, las maderables de un alto valor económico entre las cuales tenemos: capirona de corticans (capirona), virola SP. (sangre de gallina), endlicheria ansola (canelo), cedrella odorata (cedros), brosimun paraense (pucacaspi), cuarea SP (tocota).

Existen también especies colonizadoras en forma de rosales o poblaciones con numerosos individuos próximos entre sí, tal es el caso observado para *cecpia peltata* (guarumo), *heliocarpus* sp (daman), *triplaris weigeltiana* (Fernán-Sánchez), *ochromalagopus* (balsa), *trema micranta*, *cordia* sp (laurel), y *crton* sp (sandre de drago) entre otras.

Entre las especies frutales tenemos: *bixa orellana* (achiote), *theobroma cacao* (cacao), *herrania* sp (cacao silvestre), *inga* sp (guavo), *quararibea cordata* (sapote), *chysophilluna* caimito (caimito), *persea americana* (aguacate), *bactris gassipaes* (chontadurao), *pouroma cecropiaefolia* (uva), *psidium guajava* (guayaba), *grias neubertii* (pitón), *ananas sativus* (piña), *carpyca papaya* (papaya). De las especies introducidas tenemos: *coffea rousta*

(café), citrus sinensis (naranja), eugenia moluacensis (pera).

La flora del área es heterogénea y su estructura vertical con varios estratos. Los árboles dominantes generalmente alcanzan hasta 35 m. de altura y debajo de estos ocurren otros estratos de plantas capaces de tolerar la sombra excesiva hacia la parte superior de los árboles se encuentran epifitas provistas de raíces aéreas bien desarrolladas donde la ocurrencia de cada especie obedece a las condiciones ambientales y edáficas.

17.2.6 FAUNA

En el área hay una gran variedad de especies, destacándose sobre todo los peces, anfibios, reptiles, aves, chiropteros, mamíferos, etc. En general las poblaciones de peces son variables y están relacionadas principalmente con la dinámica fluvial del Río Napo que permiten tanto la migración de peces como el intercambio de nutrientes desde y hacia otros cuerpos de agua.

Así las poblaciones varían entonces según la época del año y la calidad de las aguas donde se encuentren; en ríos que tienen una alta concentración de nutrientes, como el río Napo, habrá mayor diversidad de peces que en ríos con un menor nivel de nutrientes como el Playayacu, Pichira y Jivino.

En estudios realizados por Ecol-Ambientec (1992) se registraron un total de ocho familias y 14 especies ictiológicas; de estas tres corresponden a la familia callichthidae; tres a la familia characidae, dos a la familia cichlidae, dos a la familia curimatidae, loricaridae, potamotygonidae y penneidae (crustacea) con una especie representante para cada una.

Los nativos utilizan los siguientes métodos para pescar: arpón, anzuelo, atarraya, trassmallo, barbasco.

Según Ecol-Ambientec en esta área se recolectaron un total de 75 especies de anfibios y reptiles; de los cuales 45 fueron anfibios y 30 reptiles.



Los anfibios están repartidos en siete familias y 45 especies; de estas, dos pertenecen a la familia bufonidae, cuatro a la dendrobatridae, 22 a la hylidae, 13 a la leptodactylidae, dos a la microlydae, una a la ranidae y 1 a la prethodontidae.

Los reptiles se dividen en trece familias y 30 especies, de estas tres pertenecen a la familia alligatoridae, una a la chelidae, dos a la gekkonidae, cuatro a la iguanidae, una a la kinnosternidae, dos a la teidae, una a la amphisbacnidae, cuatro a la boidae, cuatro a la colubridae, dos a la elapidae, tres a la viperidae, una a la palomedisidae, una a la testudinade, y una a la gynnophthalmidae.

En cuanto se refiere a las aves se registraron 137 especies pertenecientes a 45 familias; el mayor número de especies fueron observadas en el bosque secundario y existen especies únicas en el bosque primario; las especies observadas pueden ser clasificadas en tres grupos principales:

- En primer lugar tenemos las generalistas: se adaptan fácilmente a cualquier medio, no son vulnerables; entre estas podemos encontrar a los garrapateros, las oropendolas, los caciques, los mirlos, y los atrapamoscas, entre otros. (mantienen el equilibrio en la población de los insectos).
- En el segundo grupo está conformado por todas las especies de rapaces, raptoras y carroñeras, entre las que se encuentran los gavilanes, halcones, águilas y gallinazos.
- El tercer grupo está formado por aves denominadas especialistas que dependen de nichos ecológicos determinados y que por lo tanto son muy sensibles a los cambios que se dan entre estas especies se destacan el *lencopternis albicollis*, *mitu salvini*, *psophia crepitans*, *baryphtengus rolicapillus*, *monasa*, *pohocus*, los tucanes, guacamayos, tinamu, el hootzin, garza real, gallaretas, etc.

En lo referente a los mamíferos se observaron 66 especies, repartidos en 9 órdenes y 20 familias, distribuidas de la siguiente manera: Artiodactyla 4; carnívora 3, chiroptera 34, edentarta 4, Lagomropha 1, marsupialia 3, persissodactyla 1, primates 7 y rodentia 9.

17.2.7 POBLACION

Dentro de la parroquia Limoncocha viven tres grupos de habitantes: los shuaras, los quichuas y un reducido grupo de mestizos; Cada uno de estos con sus propios orígenes, costumbres, idioma, religión, etc; por ser más numerosos y representativos me referiré primero a los Quichuas:

La presencia de estos en la parroquia y en todas las márgenes del río Napo y sus afluentes (Coca, Tiputini, Aguarico, Curaray, etc), se trata de explicar a través de dos teorías:

Una de la más aceptada que clasifica a los indígenas actuales del río Napo como Quichuas Napos, fijando su origen en la ceja de montaña e incluso en indios bajados de la sierra. Si hemos de hacer caso a tal criterio la presencia de estos indígenas en el río Napo no vendría de más lejos que la época de los caucheros y patronos. Pero hay investigadores que no comparten esta tan restrictiva opinión, y sostienen, en base a relatos misioneros o relaciones orales, investigaciones arqueológicas, crónicas de viajeros, etc. que el origen de los naporunas actuales data de hace cinco siglos a través de una gran nación denominada OMAGUA, que se desarrolló a lo largo del río Napo y sus afluentes y que puede ser considerada como la cuna más históricamente comprobada de los pueblos actuales.

Sea cual fuere el origen real de los naporunas, me referiré específicamente a su presencia en el área de acción directa de Occidental, y así se puede decir que aproximadamente en los primeros años del siglo (época de los caucheros), ya que se advierte que los quichuas eran movilizados por estos territorios en busca del caucho; hacia el año de 1915 se estabilizan y se hacen sedentarios debido a la presencia de haciendas que se dedicaban a la producción y comercialización de arroz, caña de azúcar y algodón, se comercializaba estos productos hacia Iquitos. Posteriormente en el año de 1941 debido posiblemente a la demanda del caucho para fines bélicos se incrementa nuevamente la producción de este material y se produce otra vez migraciones internas.

Según versiones de los nativos, luego de la guerra que estuvieron Perú y Ecuador (1941) varios indígenas subieron de cacería por el río Napo y avisaron una laguna "gigante" a la

cual no pudieron ingresar por su carácter mítico y por la presencia de boas y lagartos gigantes!. Un año después (1942) se asientan en esta región varios indígenas, siendo el primero Alejandro Rivadeneria, luego Augustín Andi Alban Machoa, a quienes se les atribuía poderes mágicos, pero las enfermedades tropicales (malaria, fiebre amarilla, etc.) más la presencia de boas y lagartos impiden su permanencia.

A continuación describiré cronológicamente ciertos aspectos importantes dentro del desarrollo del mayor centro poblado (comunidad Limoncocha):

- 1952.- El presidente de la república, Galo Plaza aprueba que el instituto Lingüístico de verano (ILV) realice estudios e investigaciones de lenguas nativas, cursos de capacitación lingüística a maestros rurales, etc.
- 1953.- Se firma el primer convenio entre el gobierno ecuatoriano (Ministerio de educación) y el Instituto Lingüístico de la Universidad de Oklahoma;
- El ILV funda su centro de operaciones en la Shell y desde aquí parten Miguel y Baby Borman a dureno (a orillas del Aguarico) donde los secoyas y sionas (a orillas del Cuyabeno), Raquel Saint y katalina Peeke donde los Huaoranies (a orillas del Anzu), Juan y Carolina Lindkoog donde los Cayapas (Chachis), en Esmeraldas, Bruce y Joyce Moore donde los colorados en Santo Domingo y Carolina ORR con los quichuas de Sarayacu.
- Posteriormente el ILV construye una pista de aterrizaje en Armenia Vieja (las crecientes del Napo la inundan continuamente).
- El piloto Roberto Griffin sobrevuela la laguna de Limoncocha e informa que es el sitio más idóneo para el campamento del ILV
- Griffin con la ayuda de Jorge Rodríguez (propietario de la hacienda Primavera) construye una pista provisional como base de operaciones y apoyo logístico para llegar a Limoncocha.
- 1956.- Se firma un convenio que garantiza la acción continuada del ILV en el país.
- 1957.- Rodríguez y varios norteamericanos bajan a palanca desde primavera a través del Río Napo al Jivino y se instalan en Limoncocha.
- Se declara a Limoncocha como la base de operaciones más importante del ILV en el

Ecuador.

- Al ILV se le asignan 1287 hectáreas para que realice sus actividades en Limoncocha.
- Empiezan construcciones: pista de aterrizaje de 1.200 metros de longitud, centro poblado para técnicos, centro de capacitación para maestros indígenas bilingües, granjas agropecuarias, centro hospital, etc. (todas estas se construyen con mano de obra de indígenas quichuas de Shandia, Pano, Ongota y Moradores del Napo).
- 1958.- Se construye la primera escuela (dirigida por Juan Anahuano, quichua de la provincia de Pichincha).
- 1963.- Primera capacitación a maestros bilingües.
- 1971.- Firman convenios con el ILV, el Ministerio de Educación, Gobierno, Finanzas y Obras Públicas
- Se pone en vigencia el sistema de escuelas bilingües indígenas.
- 1977.- En Limoncocha se inicia un proyecto de difusión de técnicas agropecuarias adaptadas a la región amazónica.
- Se formaliza el proyecto de granjas experimentales
- 1981.- El Presidente de la República Jaime Roldós Aguilera da por terminado todos los convenios del Ecuador con el I.L.V.
- El Estado asume la transferencia de los bienes y programas del I.L.V.
- 1983.- Se crea el INAL (Instituto Antropológico y Lingüístico de Limoncocha) cuyos fines eran:
 - Centro de apoyo a los proyectos de autogestión creados por los indígenas.
 - Desarrollar programas de investigación y capacitación.
 - Centro de reuniones.
 - Los bienes del ILV pasan en comodato al Instituto Bilingüe Intercultural de educación bilingüe.
- 1988.- Limoncocha pasa a ser un centro de capacitación de carácter ambiental.
- Se inician talleres de capacitación y formación de líderes.
- 1989.- Se suspenden las actividades del INAL.

Actualmente los quichuas se organizan en forma de comunas, regidas por un cabildo, las cuales dependen del Ministerio de Agricultura y Ganadería; estas comunas tienen acceso a

la tierra de dos maneras: la primera que se denomina tradicional, en la cual los comuneros mantienen las parcelas de tierra necesarias para la subsistencia de la unidad familiar, son dueños del producto de esas parcelas pero no de un lote de tierra definido. (ejem: Itaya); la segunda esta caracterizada por lotes bien definidos. La comuna está limitada globalmente pero al interior existen autolinderaciones. No se puede vender el lote pero, en caso de abandono de la comuna, se venden las mejoras. Estos lotes son cedidos, por lo general, a nuevos socios los cuales pueden ser de fuera o jóvenes de la comuna que ya han adquirido el estatus de comuneros (ejemplo resto de las comunas del área).

Sus viviendas están construidas sobre horcones. El tipo de paredes y de techo determina el ambiente interno de la vivienda. Los materiales tradicionales responden mejor a las necesidades del medio. Así, un techo de hojas proporciona un buen cobijo del sol y evita el ruido cuando llueve, las paredes de caña permiten a la brisa correr, que haya una buena ventilación. Sin embargo, la escasez de los materiales tradicionales y el influjo de las formas de construcción de los colonos ha determinado que las viviendas tradicionales Quichuas y Shuaras hayan desaparecido.

En las actuales viviendas, se conjugan rasgos tradicionales (ejem. fogan) y foráneos (ejem. techo de zinc); no tienen servicio de alumbrado público, ni agua potable, ni servicios básicos. La mayor parte de las familias tienen su casa y su finca. Principalmente siembran yuca, verde, maduro, maní, frejol (consumo interno), café, maíz, cacao (venta); además consumen frutas silvestres, semillas, gusanos, mieles, etc. Muy pocas familias se dedican a la cría de ganado y de estos ninguno es para consumo interno, sino mas bien para el comercio; todos crían animales domésticos; gallinas puercos etc y les gusta poseer mascotas (pericos-monos, etc).

La dieta del Quichua se complementa con proteínas provenientes de las pesca y de la caza; en las áreas marginales se casa y se pesca para consumo interno y ocasionalmente para la venta en las áreas más densamente pobladas (feria de Puerto de Palos y en Pompeya). Su dieta últimamente se ve alterada por productos foráneos y es así que en algunos hogares se ha substituido la chicha por las gaseosas o por jugos sintéticos; hay mayor consumo de

confites, galletas, bolos, etc. que son traídos desde Shushufindi. Los Quichuas en su gran mayoría son bilingües (quichua-español), pero hay pocos ancianos que hablan solo quichua y muchos niños solo español.

17.2.8 LOS SHUARAS

En el área de influencia de Occidental están asentados un grupo de familias procedentes en su mayor parte de Sucua, de la provincia de Morona Santiago.

Según versiones de los Shuaras, el primero que pisa la parroquia de Limoncocha fue Pablo Jembetza quien decide migrar a estas tierras, ante comentarios de personas que estaban construyendo la carretera a Shushufindi (estos la manifiestan que existen tierras baldías, abundantes en casa y pesca).

A su llegada encuentra que eran ciertas estas versiones y decide establecerse en dicho territorio, pero la soledad, la dureza del trabajo y las enfermedades (sobre todo el paludismo) hacen que regrese a su lugar de origen a traer al resto de su familia y a algunas familias conocidas. Estas por carencia de tierra, por conflictos internos y por la promesa de encontrar una nueva vida, deciden acompañarlo; (década del setenta). Concomitantemente ciertos colonos que habían llegado a Shushufindi se asientan en dicho lugar y es con los cuales los Shuaras intercambian productos (ejem: velas, pólvora, sal, etc. por yuca, verde, etc).

Posteriormente estos Shuaras deciden organizarse y solicitan al Estado ecuatoriano se les otorgue legalmente dichas tierras y es así que a través del IERAC se les asigna un área aproximada de 8.800 hectáreas.

En primera instancia desconocían la existencia de los quichuas en la zona ya que no existía carretera. Actualmente en Yamanunka existen dos formas de organización superpuestas; la una es la comuna y la otra es el centro, lo cual ha creado conflictos internos.

En el área adjudicada a la comuna estarían el centro Shuar Kukush, la comuna Shyrian y Yamanunka central, la cual está conformada por tres sectores: Yamarunsuku (24 de Mayo), Tzanimp' o Nunkui e Israel o Jorge Añazco.

Estos pobladores tienen gran contacto con gente mestiza y blanca que vive y labora en Shushufindi, es por esto que sus costumbres se asemejan cada vez más; se dedican a la agricultura (café, cacao, yuca, etc) y a la ganadería; crían animales domésticos; son bilingües (español-shuar) con excepción de los niños.

17.2.9 LOS MESTIZOS

En la Parroquia de Limoncocha, en la zona de providencia existen aproximadamente unas 20 familias de mestizos, provenientes en su mayor parte de la provincia de Loja.

Estos se asentaron en el área cuando por emergencia nacional (sequía) el gobierno decretó que 40.000 familias migraran a la Región Oriental. Ante esto, los indígenas de Limoncocha y sus aldeaños se opusieron, pero no lograron impedir el ingreso de estas familias por el área de Palmeras del Ecuador.

17.3 Marco Teórico o Conceptual:

Haremos una revisión bibliográfica de los temas concernientes a participación comunitaria, autogestión y cogestión en asuntos de salud, al igual que describiremos un glosario de las principales definiciones utilizadas en este trabajo:

17.3.1 El Hospital Neumológico Alfredo Valenzuela de Guayaquil además de prepararse administrativamente para la autogestión, elaboró su programa de autogestión que incluye desde nuevas ofertas al público hasta como mercadearlas:

El Ministerio de Salud Pública autorizó a los hospitales el cobro de tarifas en los diferentes servicios pero también otorgó autonomía a los directivos. Con ese antecedente cada unidad debe conformar un comité de cogestión, integrado por representantes de los médicos,

enfermeras, empleados, comunidad y de todas las áreas.

El Hospital Valenzuela decidió cobrar por los servicios de rayos X, laboratorio clínico y microbiológico, citopatológico, ambulancias, terapia respiratoria y banco de sangre. Aplicará los parámetros: pago total, 50% o nada fijados por el M.S.P., según la capacidad económica de los usuarios. Atiende entre 12 a 15 mil consultas al año previo ingreso y mantiene hospitalizados 2000 pacientes, con un promedio de estadía de uno a dos meses, anualmente.

Pero tiene novedades. Ofrecerá el servicio de certificados de salud o fichas a través de las cuales se confirme la ausencia de tuberculosis. El director del Hospital, Luis Lazo, dijo que esta información es importante para las industrias, donde hay riesgos de contaminación, que trabajan en la elaboración de alimentos de consumo masivo.

También establecerá una especie de pensionado para pacientes de albergues privados que necesiten aislamiento para evitar contagios masivos, cuyas instituciones cobran por esos servicios a los familiares.

Para promocionar sus productos el Hospital realizará una campaña de publicidad.

El Hospital del Niño Francisco de Icaza Bustamante ya tiene lista la papelería para la autogestión pero será la última unidad de la ciudad que comience la autogestión.

El comité de cogestión decidió iniciar el cobro para la recuperación de costos en los servicios de rayos X, laboratorios y medicinas. Los recursos servirán para el mantenimiento de esas áreas. El director, Ricardo Alcívar, indica que el 50% de los usuarios del hospital no está en capacidad de pagar por los servicios y será exonerado. En el primer semestre de este año (1997) la atención disminuyó a causa de la paralización, la consulta externa estuvo cerrada 2 meses.

17.3.2 Saludeses es una entidad sin fines de lucro que tiene como objetivo impulsar la creación de modelos de autogestión de la comunidad para descentralizar la responsabilidad en el campo de los servicios de salud:

La Fundación está dirigida por médicos norteamericanos que desde hace año y medio están trabajando en Pedro Vicente Maldonado. Para financiarse tiene un convenio con el Proyecto Apolo de la organización CARE auspiciada por la Usaid y, el 28 de agosto de 1997, firmó un convenio con el Ministerio de Salud para el manejo del centro de salud.

En el convenio consta un comité de salud que se encargará de poner en marcha el modelo, y los médicos enfermeras y auxiliares del Ministerio de Salud que cumplirán con la labor de asesoría y orientación de trabajo,

Según el doctor Erik Janowsky, especialista en salud pública, Saludeses, es partidaria de una reforma del sector salud pública en la que el Estado deberá seguir con su responsabilidad como asesor y director en programas como vacunación masiva, prevención y educación para la salud. Pero en el campo de la atención, la solución es que haya más participación local del sector privado y de la Comunidad.

“Quieren promover la medicina preventiva, llegar a los recintos de Pedro Vicente en donde hay 4 puestos de salud hechos por el FISE que están desocupados. Es un modelo colaborativo y no están para reemplazar a nadie, los médicos ecuatorianos se desaniman y con razón al no encontrar con que trabajar”

17.3.3 El SILOS Guamaní (G19):

Geográficamente se ubica en la entrada sur de Quito y comprende las Parroquias de Guamaní Alto, El Beaterio y las Cuadras; orográficamente es una cuenca limitada al este por las lomas de Turubamba y al oeste por la cordillera Central de los Andes en el conjunto montañoso que se continúa al sur por el volcán Atacazo; al norte limita con el área de salud de Chillogallo y la subárea de Eplicachima y al sur con el área de Machachi.

Esta área se encuentra entre los 2900 y 3400 m.s.n.m. con una temperatura media de 12 grados centígrados manteniendo todavía extensas zonas aptas para la agricultura y la ganadería.

La población asentada en este espacio geográfico es de 70000 habitantes de los cuales 12000 son menores de 5 años y 15000 son mujeres en edad fértil (MEF) de las cuales se espera que 2500 constituyan la población de embarazadas, es decir, los grupos prioritarios para atención.

Esta población en su mayoría son migrantes de la sierra central del país y se ocupan como pequeños comerciantes, oficiales y maestros de talleres artesanales, obreros, informales y en labores agrícolas, señalando que también existe un subsector de desempleados.

La zona de Guamaní es considerada como apta para el desarrollo urbano y esto lo comprobará su crecimiento explosivo.

En esta área funciona una red de servicios de salud del MSP que comprende seis subcentros que trabajan en atención básica y un Centro de Salud o Jefatura de Área que trabaja en atención básica y próximamente en atención complementaria con servicios de maternidad y emergencia 24 horas; es por esta razón (además de otras) que es considerada como un área Metropolitana. Debemos señalar también que esta Área de Salud al momento está cogestionada entre el MSP y el frente de Lucha como organización comunitaria.

También existe una serie de servicios de salud privados conformados por: una clínica particular, consultorios médicos, odontológicos, de obstetricia; también existen farmacias y laboratorios.

En cuanto al modelo de atención, en la medida de los recursos existentes, pretende ser preventivo, comprometido con el desarrollo social de la zona y que se oriente a atender al individuo, familia, comunidad y ambiente en medio de la más democrática participación intersectorial y la más intensa participación comunitaria.

Al momento, y como producto del tesonero trabajo de los equipos de salud, se ha podido ampliar la cobertura de atención curativa de manera significativa y como ejemplo tiene al Centro de Salud que aumentado el número de consultas, aunque en la estructura de las mismas todavía se exprese un dominio de lo curativo (60%) sobre lo preventivo (40%).

La Programación Local ha caminado hasta cumplir con la primera fase de identificación, avanzándose en estos momentos con la programación referencial y participativa con la comunidad. Debemos decir que todos estos momentos de programación se realizan en base a instrumentos precisos accesibles tanto al personal de salud como a la comunidad.

La determinación de riesgo, que tiene su aplicación para el abordaje familiar de la salud, está siendo enfocado desde tres vertientes: la consulta externa, la comunidad y la observación directa de los equipos de salud. El riesgo detectado se traduce en visita domiciliaria realizada, ficha familiar llenada, tarjeta de programación realizada con la familia y seguimiento respectivo.

La Intesectorialidad es un proceso que se está iniciando y tiene por objeto potenciar todas las fuerzas sociales e interinstitucionales para alcanzar los más altos niveles posibles de bienestar social conjugando salud y desarrollo. Este proceso tendrá su expresión orgánica: el Comité Interinstitucional (CII), el mismo que está gestándose no solo como un acto simple de convocatoria y firma de compromiso de los participantes sino como un proceso participativo desde lo concreto en tareas prácticas puntuales y coordinadas. El CII debe surgir de la práctica conjunta y no por decisiones personales o compromisos burocráticos.

En el G-19 hemos empezado con trabajos concretos (liderados por el Área de Salud y el Frente de Lucha) con la dirección de Higiene Municipal (convenio de recolección de basuras), con la Universidad Central del Ecuador (Proyecto UNI), con el UNICEF (Proyecto AGIP-UNICEF) con incorporación al equipo de atención básica, y con los Profesionales Privados de la Salud CORPSUR (vacunación, vigilancia epidemiológica y actualización científica).

Respecto a la Participación Comunitaria debemos señalar en primer lugar el rol del Frente

de Lucha como organización popular de segundo grado y cogestionaria del G-19; por otra parte, la existencia de 14 Equipos de Salud Comunitaria (ESCOM) activos en los diferentes sectores donde actúan los subcentros de salud; estos grupos tienen una directiva central cuyas tareas iniciales son: construir los Comités Locales de Salud (CLS), participar en la construcción del CII y profundizar la educación y la práctica de salud desde las bases. Es importante también resaltar que es la comunidad quien está conduciendo (coordinando con el G-19) el proceso de participación financiera de los usuarios (PAFUS) y cuyos resultados primeros son: articulación con el modelo de atención para la determinación de riesgo, mejoramiento de la calidad de atención en odontología y arranque de una farmacia popular con una primera inversión de 5200000 sucres. A corto plazo esta programada la apertura de un laboratorio y un nuevo consultorio de odontología. Todo bajo control comunitario y coordinación con el G-19.

En un futuro cercano se construirán dos subcentros (San Martín de Porres y Campichu), para lo cual se ha llamado ya a licitación pública. Esperando que con estas unidades se amplíe la red de servicios y podamos profundizar el Sistema Local de Salud (SILOS).

17.3.4 En Salinas, un pequeño pueblo de la Serranía Ecuatoriana, cuyo destino se ha forjado a través de diversos acontecimientos sociales, políticos y económicos:

De acuerdo con la división política del Ecuador, Salinas es una Parroquia de la Provincia de Bolívar.

Salinas, fue constituida como parroquia civil en 1884. Toma su nombre por presencia de las minas de sal en su territorio, que en tiempos aborígenes perteneció a los indios Tomabelas. La explotación de estas minas fue la principal actividad económica de los habitantes de la zona hasta fines de la década de los años sesenta, en Salinas se vivió por muchas décadas un sistema de hacienda propio de la época colonial. La comuna que tomó luego el nombre de Matiaví-Salinas, a pesar de la permanente expansión terrateniente, logró controlar un vasto territorio en el páramo y en el subtrópico.

El área geográfica de la actual parroquia de Salinas se encontraba dividida entre las haciendas de la familia Cordobés y Matiaví-Salinas que era compartido, a su vez, entre la Curia y los comuneros. Los principales recursos de la zona, las minas de sal, estaban en manos de la familia Cordobés. Los comuneros procesaban la sal a cambio de entregar una parte del producto a los hacendados.

En 1959, un año después de ser elegido Obispo de la Diócesis de Guaranda Monseñor Cándido Rada (+), la curia, propietaria de grandes extensiones de tierra, empezó a parcelar y vender los terrenos mediante créditos blandos y facilidades de pago. Esta gestión contribuyó con la propiedad individual del campesinado, existiendo también terrenos comunales.

Al culminar la década de los sesenta, la era de la sal había terminado para Salinas y la parroquia presentaba un cuadro de aguda pobreza, elevados índices de mortalidad, aislamiento, analfabetismo y bajos niveles de escolaridad; sus habitantes, dedicados ancestralmente a la explotación de la sal, dependían del intercambio para su subsistencia; las actividades agrícolas y de pastoreo eran mínimas. Ante la falta de ingresos, la población migraba constantemente en forma temporal o definitiva a uno de los ritmos más elevados que se registraban en ese entonces en el país.

En 1970, mediante la gestión realizada por Monseñor Cándido Rada, Obispo de la Diócesis de Guaranda, se concretó el arribo a Salinas de la Misión Salesiana y de los Voluntarios Italianos de la Organización Mato Grosso. Con ellos arribó el Sacerdote Salesiano Padre Antonio Polo, quien habría de convertirse en personaje fundamental y pieza clave de la transformación que el pueblo tendría. El Padre Polo encaminó sus acciones hacia una labor de promoción humana, en donde se conjugaron los siguientes factores:

“Una visión cristiana: No es concebible una vivencia de fe en forma individualista.”

“Una visión cultural: Lo comunitario constituye lo más cierto entre muchas manifestaciones de lo autóctono, lo más positivo y fecundo.”

“Una visión de desarrollo: Ningún campesino puede surgir sin aunar esfuerzos y multiplicar energías a través del aporte mancomunado.”

En 1972, bajo su iniciativa, se organizó la Cooperativa de Ahorro y Crédito “Salinas”, con la finalidad de conseguir el acceso comunitario a las minas de sal, independientemente de la familia Cordobés.

Como el negocio de la sal ya no era rentable, debido a la comercialización de sal proveniente de otras regiones del país, a precios y condiciones más favorables que las ofertadas por los Salineros, la familia Cordobés optó por retirarse. Ocurrió entonces que luego de tanta lucha por conquistar las minas, la comunidad se encontró con un bien que ya no representaba ingresos para la zona.

Esta gestión, aparentemente estéril, para el Padre Antonio Polo significó la posibilidad de constatar la fortaleza que representa la unión de un grupo humano en función de un objetivo común. A partir de ese momento, empezó a madurar la idea de convertir a la organización creada para la reivindicación de la sal, en un instrumento para el desarrollo de la zona a través de una nueva estrategia: la Cooperativa Salinas.

La cooperativa se inició con 15 socios que vivían en el casco parroquial, a los que empezaron a sumarse nuevos integrantes pertenecientes a las diferentes comunas. Se estableció que el principal era el económico y se orientó los esfuerzos a incentivar el ahorro familiar. Una de las políticas novedosas de la cooperativa fue la de no repartir las utilidades para realizar inversiones en pro del bienestar común. Aquí se pone de manifiesto los conceptos de equidad y solidaridad en lo que fundamenta su trabajo el Padre Polo.

A finales de 1973, se concretó un préstamo hacia la cooperativa de parte de una fundación privada regentada por la Conferencia Episcopal Ecuatoriana cuyo objetivo es ayudar a la población civil, llamada Fondo Ecuatoriano Populorum Progressio, FEPP, entidad que apoya a la organización hasta la actualidad.

A partir de entonces se inició la estrategia de trabajo fundamentada en una gestión propuesta por el Padre Polo: buscar “Alternativas de desarrollo no tradicionales para el agro”; utilizando los recursos propios de la zona.

Así, en el año 1974 se inició la primera actividad productiva de la Cooperativa: una microempresas llamada Centro Artesanal Texal (Tejidos Salinas), manejada desde su origen hasta hoy, exclusivamente por mujeres.

En 1977 se constituyó formalmente el Grupo Juvenil con 35 socios, todos jóvenes y con un gran deseo de generar recursos. Para alcanzar este objetivo, obtuvieron el asesoramiento de la Misión Salesiana y fundaron una Panadería, la misma que hasta hoy se mantiene.

En 1978 se iniciaron otras actividades tales como: cría, engorde y comercialización de cerdos y su carne.

Otra actividad promovida fue la cría de borregos u ovejas para comercializar su lana y su carne.

Por ese entonces, se dio inicio a un proceso de forestación (Siembra de Pinos) de vastas zonas de páramo.

Sin embargo, ninguna de las tareas emprendidas generó utilidades y la moral de la población estuvo siempre a prueba en esos días difíciles.

Paralelamente a las actividades mencionadas, la Misión Salesiana y el Fondo Ecuatoriano Populorum Progressio lograron, luego de dos años de gestión (1976-1977), que una comisión mixta de los gobiernos del Ecuador y Suiza visite zonas con potencial de producción lechera; Salinas, por supuesto, estuvo entre ellas. En febrero de 1978, se firmó el acuerdo bilateral entre estos dos gobiernos para desarrollar queseras en el Ecuador. Esta coyuntura fue aprovechada al máximo por la cooperativa, concretándose la colaboración del técnico suizo José Dubach (+) quien elaboró un proyecto para la puesta en

funcionamiento de una quesera en Salinas. El 16 de junio del mismo año empezó a funcionar esta microempresa denominada "El Salinerito", ubicada en el casco parroquial, con fondos prestados por el FEPP y una donación de la COTESU (Cooperación Técnica Suiza), bajo la dirección técnica del propio José Dubach.

Esta quesera, ha sido la piedra angular del desarrollo de Salinas. Rápidamente se convirtió en la primera actividad productiva rentable, generó empleo, promovió el desarrollo integral y fomentó la producción al mejorar el precio que se pagaba por la leche a los campesinos. Se eliminó entonces los intermediarios y la población paso a paso, fue entregando toda su producción a esta próspera industria.

Para ese entonces, la cooperativa ya tenía 500 socios. Con la intervención activa de sus miembros, empezaron a crearse otras cooperativas pequeñas con la finalidad de participar cada una de ellas en diferentes proyectos de desarrollo.

En el año 1978, ante la gran difusión de las mencionadas minicooperativas, la comunidad se planteó la necesidad de encontrar un punto de referencia común, con la finalidad de coordinar adecuadamente los esfuerzos. Esta iniciativa se concretó mediante la conformación de un organismo denominado "Unión de Organizaciones de Salinas", URNOSAL en 1982.

En octubre de 1988 se constituyó legalmente en "Fundación de Organizaciones de Salinas", FURNOSAL, ente que en la actualidad aglutina a 28 Cooperativas y precooperativas, distribuidas en la cabecera parroquial y 23 recintos o comunidades.

En la actualidad, la Funorsal apoya las actividades socio-organizativas, económicas y culturales de las cooperativas de base (más de 15). Estas entidades, en forma autónoma, administran técnica y financieramente una o varias microempresas a la producción de bienes de carácter agroindustrial. Furnosal, por su parte, apoya sus proyectos de desarrollo, los financia si es el caso, y establece programas de capacitación tendientes a mejorar no solo los recursos existentes, sino también las relaciones comerciales de las mismas. Existe

además, otras microempresas y apoyadas directamente por Furnosal y ya no por una cooperativa en especial. A las empresas comunitarias y a la organización campesina se adhiere la Misión Salesiana en calidad de ente asesor.

Se trata, en suma, de un conjunto de empresas manufactureras con diferentes niveles de tecnología y desarrollo, por lo que se las ha clasificado en tres categorías:

“Autosuficientes”. En la medida en que generan excedentes que son redistribuidos colectivamente. Algunas de ellas son directamente administradas por Furnosal; otras pertenecen a sus respectivas organizaciones de base.

“En Transición”. Empresas que todavía requieren apoyo externo, pero que están en vías de consolidación, por lo que se administran conjuntamente con la Misión Salesiana y la Furnosal con la expectativa futura de transferencias totalmente a esta última.

“A Prueba”. Empresas en las que se experimentan formas productivas, perspectivas comerciales, así como también se ensayan mecanismos administrativos alternos. Estas son administradas exclusivamente por la Misión Salesiana.

Además de distribuirse en el mercado nacional, los productos de las empresas comunitarias están conquistando mercados internacionales. Así por ejemplo, la Furnosal exporta anualmente 2400 sacos de lana; el 95% se envía a los Estados Unidos, Italia y Alemania. Se exportan también aproximadamente 6 toneladas anuales de hongos deshidratados y se está incursionando con nuevos productos, chocolates y mermeladas, en nuevos mercados.

Con respecto a la comercialización a nivel nacional, últimamente se ha ensayado el esquema de consorcio; se usa ya con las queserías y próximamente con las mermeladas. Es interesante notar que este sistema promueve la estandarización del producto e introduce el tema de calidad uniforme.

Furnosal cuenta además con una serie de tiendas llamadas El Salinerito en las principales ciudades del país, donde se expenden sus productos.

Impactos del Proceso en la Comunidad:

Los impactos en la comunidad son una medida del éxito de esta experiencia y aunque se puntualizara algunos de ellos, todos conducen a mejorar la calidad de vida de los habitantes. Hay que tener en cuenta sin embargo que la situación actual es el producto de un proceso integral de 25 años y por tanto los factores mencionados anteriormente, algunos de ellos innovaciones en su momento, así como los resultados, son ahora actividades o situaciones rutinarias. Claro está también, que la permanencia en el tiempo de las empresas, la generación de empleo y beneficios asociados así como el cambio de actitud general de los habitantes de la zona dan fe de los aspectos positivos de esta gran empresa.

Integración Popular y Generación de Empleo:

Cuando las acciones encaminadas a fortalecer y consolidar una empresa en particular, sea de carácter privado o comunitario como el caso de las industrias de Salinas, se traducen en resultados económicos importantes para dichas organizaciones, la percepción que de ella tienen sus miembros, es de satisfacción y de compromiso, más aún si los trabajadores son a su vez los propietarios del negocio. Esta relación de dependencia, pacto y entusiasmo por los logros alcanzados, ha generado en la comunidad un sentimiento integrador y solidario, en donde lo prioritario es la satisfacción de las necesidades colectivas y luego las individuales. El éxito alcanzado por algunas de las industrias de Salinas, ha fortalecido las relaciones entre sus miembros.

Casi todos, hombres, mujeres y niños, son partícipes del desarrollo y si bien primordialmente se busca el interés comunitario, individualmente también se progresa. Los gerentes, administradores y unidades de toma de decisión en sus industrias son campesinos formados y capacitados allí mismo y, en ocasiones, en otras regiones y/o industrias o centros educativos del país o el exterior.

Las microempresas en Salinas generan más de 286 plazas de trabajo para el personal del pueblo, y cerca de 56 más para trabajadores de otros lugares.

Reducción de la Migración Campesina hacia los Centros Urbanos:

Mientras en otros sectores del país, el común denominador es la creciente migración del campesino hacia la ciudad, en Salinas se da lo contrario. Quienes habían abandonado la parroquia en los años setenta, han regresado no solo a formar parte de la fuerza de trabajo, sino también a fortalecer la unidad familiar disgregada antaño; la misma que ha ido paulatinamente recuperando su esencia cristiana y consolidando las relaciones entre sus miembros.

Es más ha provisto de empleo a trabajadores de otras comunidades con menos oportunidades, quienes han encontrado en sus industrias mejores condiciones que las ofrecidas en la ciudad.

Mejoras en Vivienda y Acceso a las mismas:

Llama la atención el paisaje de la Parroquia antes y después del trabajo comunitario realizado. Casas de adobe y techo de paja, sin energía eléctrica, sin agua potable ni alcantarillado, con caminos de acceso precario y peligrosos, tal como lo constatan las fotos de la época y postales que hoy se expenden a los turistas. Así vivían sus pobladores y esto explica en parte los índices de pobreza, insalubridad y analfabetismo registrados en dicha época.

Con el advenimiento del nuevo esquema social, la situación fue cambiando gradualmente. Apoyados por el FEPP, Promoción Humana, y el Ministerio de Obras Públicas, se construyó la carretera que une la población de Salinas con la ciudad de Guaranda. Esta obra ha permitido la dinamización de las actividades productivas y ha servido, así mismo, para robustecer mucho más los lazos de amistad y solidaridad entre toda la comunidad.

Mediante el sistema de mingas lideradas por las cooperativas y el Grupo Juvenil, la mayor parte de la población participa de las mejoras que la comunidad necesita tanto a nivel

colectivo como individual: escuela, dispensario médico, obras viales menores, iglesia, alcantarillado, siembra y poda de árboles, construcción de viviendas para sus miembros, desbroce de malezas y manejo de los bosques, etc. A través de las utilidades generadas por algunas de las empresas, los campesinos acceden a créditos con intereses y formas de pago acordes con su realidad económica. El destino de estos fondos es para mejoras en la vivienda, compra de electrodomésticos básicos y algunas otras aspiraciones individuales que cada familia estime pertinente. Las solicitudes de crédito son analizadas por Promoción Humana Diocesana y gestionados ante la FUNORSAL.

Reducción de Indices de Mortalidad Total Y Adecuados niveles de Natalidad:

Según las fuentes consultadas se observa una clara disminución de la mortalidad en la parroquia de Salinas durante el período correspondiente a la autogestión comunitaria descrita. Así mismo, la tendencia demográfica es diferente a la históricamente observada en las áreas rurales; donde el crecimiento poblacional es desmedido y los índices de mortalidad infantil son elevados.

El acceso a mejores condiciones de vivienda, los beneficios del agua potable y atención médica preventiva, los controles materno infantil garantizados, entre otros, son indicadores que explican los datos poblacionales de mejoramiento del nivel de vida de la comunidad.

Crecimiento en los Niveles de Escolaridad:

Entre una más de las acciones comunitarias emprendidas por la población de Salinas, estuvo la construcción de una escuela, en principio sostenida por las rentas de algunas de las empresas, ahora, además de escuela, se cuenta con un colegio pecuario y se ha incorporado la educación preescolar. La escuela es mixta y posee cerca de 270 alumnos y el Colegio 120; el total de profesores es 11. Al término de la jornada de estudio diaria, muchos de los estudiantes de secundaria se dirigen a sus respectivos trabajos en las industrias. Los niños de la escuela, en cambio, recogen hongos que luego se venden a la industria procesadora.

Cifras publicadas en 1988, lamentablemente no hubo acceso a actuales, estimaban la ausencia de analfabetismo en los jóvenes menores de veinte años.

Cambios en Hábitos Alimenticios :

Con el advenimiento de un modelo de trabajo diferente al establecido, muchos cambios se generaron en la conducta de la población, entre ellos, los patrones alimenticios, en los que predominaban los productos agrícolas del lugar. La falta de poder adquisitivo determinaba no solo la pobreza energética de esta dieta alimenticia, sino la frecuencia y cantidad de la misma.

Ahora, la integración de la población con otros mercados, con mejores opciones de negociación con poder adquisitivo y educación suficiente para valorar potencialidad de una dieta balanceada, ha determinado mejores patrones de consumo que contribuyen con la salud de la población. Se propicia el consumo de quesos con un subsidio para los productores de leche, lo que de algún modo garantiza niveles adecuados de calcio en la población infantil. Sin embargo, algunos autores cuestionan la pérdida de hábitos tradicionales propios de los cultivos indígenas de la zona.

17.3.5 La Introducción de las Tarifas en el Hospital Eugenio Espejo, Quito, Ecuador:

En el Ecuador, la coparticipación de costos en salud tiene que verse dentro del contexto político social del país. Durante muchos años, la política pública ha sido que la atención de salud es un servicio gratis a la disposición de todo el mundo, pero desde los inicios de la década de los 80 la calidad de servicio público ha bajado como resultado de las serias crisis económicas y la consiguiente reducción de los gastos del gobierno en salud (La Forgia, 1993), al mismo tiempo que la población ha aumentado de alrededor de 8 millones a alrededor de 10 millones de personas (Peabody, 1995). La capacidad del ecuatoriano promedio de pagar gastos de salud de su bolsillo también ha disminuido durante el período y la distribución de recursos se mantiene desigual, con un 35% de la población total existente por debajo del nivel de pobreza y con carencia de saneamiento básico y de atención de salud adecuada (Palacio, 1995).

Los servicios de salud lo suministran diferentes tipos de proveedores. El sector público consiste en cuatro proveedores gubernamentales principales: el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto de Seguridad Social Ecuatoriano (IESS), el Sistema de Seguro Social Campesino (SSC), y el Servicio de Salud de las Fuerzas Armadas. Una cantidad de organizaciones sin fines de lucro también desempeña un papel de importancia en la atención de salud como la Junta de Beneficencia de Guayaquil y el Hospital Voz Andes en Quito, y hay un sector privado con fin de lucro grande y activo. El MSP ha dominado al sector público y es el proveedor más importante del país. Sin embargo, solamente alrededor del 30% de la población ha estado utilizando los servicios del MSP y la mayoría de estos pacientes son mujeres y niños, con niveles de educación bajos y que provienen de hogares de bajos ingresos.

La información sobre la demanda y las encuestas de precio indican que existe una seria voluntad de pagar por los servicios de salud que se perciben como que son de buena calidad. Tarifas para servicios son normales en el sector privado con fin de lucro y sin fin de lucro. Sin embargo nunca se ha implementado un programa de tarifas en forma exitosa en los establecimientos del MSP, y en 1981 el cobro de tarifas de parte de instituciones públicas fue prohibido explícitamente por el gobierno. Reconociendo la necesidad urgente de recursos, las tarifas fueron introducidas en los servicios del MSP a principios de 1994, pero la introducción se tropezó con una firme resistencia por parte de los sindicatos que tuvo su punto culminante en una huelga general de los hospitales públicos en el mes de octubre de ese año, a continuación de la cual un nuevo Ministro de Salud suspendió las tarifas a principios del mes de diciembre. Se entiende que una razón de importancia para la resistencia fue la política de recaudación excesivamente agresiva de algunos hospitales, junto con la ausencia de mecanismos apropiados para garantizar el acceso de los más pobres y los más vulnerables.

Desde esta discontinuación de tarifas la grave falta de recursos no ha mejorado y los servicios sólo son "gratuitos" en nombre. La financiación del gobierno está básicamente consumido con los costos de personal, y el único servicio gratis que los establecimientos del MSP pueden proveer generalmente es mano de obra (por ejemplo, consultas). Los

pacientes a menudo se derivan al sector privado para la compra de medicamentos, pruebas de laboratorio, rayos x y artículos de cirugía necesarios. En forma alternativa, algunos hospitales han elaborado tarifas no oficiales para financiar medicamentos y los suministros. El Hospital Eugenio Espejo (HEE) es el hospital nacional de especialidades del MSP basado en Quito. El hospital, junto con los otros hospitales de Guayaquil, ha sido seleccionado por el MSP como piloto para la introducción de tarifas al usuario. El hospital sufre de los mismos problemas del MSP en general, en que al falta de recursos resulta de una falta de disponibilidad y calidad deficiente de servicios, que a la vez fuerza a mucha gente comprar servicios e insumos de proveedores privados. Como plan piloto, el HEE busca de generar a los recursos que faltan para mejorar los servicios, pero a la vez manteniendo acceso de los pobres a los servicios. Una fuente importante de recursos será tarifas al usuario.

La experiencia en otros países indica que para desarrollar un exitoso programa de tarifas tiene que haber primero una buena definición de su papel en el sector de salud nacional, su relación financiera con el gobierno, y su nivel de autonomía. Basado en estos factores, un hospital puede fijar una política de precios, tomando en cuenta la necesidad de fondos para proveer una buena atención y la habilidad de la gente de pagar por los servicios. También, el hospital tendrá que fijar un sistema de cobros, un sistema de exoneraciones, procedimientos para usar los fondos, sistemas de contabilidad gerencial, sistemas de monitoreo de impacto, y un programa de información pública.

Con este sistema existe una base buena para generar fondos por medio de tarifas al usuario en el hospital. Parece que la mayoría del personal tuvo una experiencia generalmente positiva en 1994, y que se puede lograr la reintroducción de tarifas ahora. Una buena política y estructura de tarifas, exenciones y exoneraciones ha sido acordada por la gerencia desde el punto de vista de aceptación y de ingresos. La gerencia del hospital tiene una base para terminar el desarrollo de su plan de la implementación y se entiende que lo van ha hacer.

17.3.6 El hospital público y los profesionales ante la reforma del sector salud:

Rol del Hospital Público:

No es un hecho accidental que el hospital público, que mantiene hasta el momento intactos sus atributos distintivos de institución esencialmente solidario, se haya convertido en el blanco principal de las reformas que se intentan introducir en el sistema de salud del país.

Por el contrario, es sin duda coincidente con el modelo de exclusión social que se intenta implementar. Un ejemplo contundente lo constituye el decreto 578 que crea el Registro Nacional Argentino de Hospitales Públicos de Autogestión.

Nos preocupa seriamente esta disposición, así como en su oportunidad el Seguro Municipal de Salud, que se caracterizaba principalmente por limitar el ingreso de la población al sistema, al no contemplar a las personas residentes fuera de la Capital Federal. Además, eximía al Estado de la responsabilidad de garantizar la salud de la población, transfiriéndosela a un comprador de Servicios Hospitalarios.

Todas estas iniciativas tienen como única finalidad reducir costos, sin considerar que la salud es básicamente una inversión; y que además, como decíamos en un comienzo, es un derecho que el Estado debe garantizar, y como tal, no estar condicionado por planes que lo limiten, o en función de programas sustentados por filosofías basadas en la problemática del costo-beneficio; los planes deberían en cambio tender a mejorar los índices, y permitir mensurar el nivel de desarrollo en salud alcanzado por una comunidad determinada.

Para comprender con mayor claridad nuestra preocupación ante la avanzada de proyectos economicistas, hemos considerado oportuno recordar el rol que desempeña en la actualidad el hospital público. Si bien el hospital siempre ha cumplido un papel social trascendente, en los últimos años se ha convertido en el reaseguro de la recuperación de la salud de una creciente franja de la población, que se ha visto recientemente, y en forma progresiva, imposibilitada para acceder a otros subsistemas de atención médica.

Para que esto ocurra, han jugado un papel decisivo fenómenos socioeconómicos habituales en los regímenes de características neoliberales: el creciente desempleo, que ha incrementado la población sin cobertura social; la pérdida del poder adquisitivo de la clase media, impedida para sostener gastos de la medicina prepaga; y el colapso de las obras sociales, que han visto disminuida seriamente su capacidad para prestar servicios a sus afiliados, víctimas de una prolongada crisis, estrechamente vinculada a las otras dos causas ya mencionadas.

Los servicios públicos de salud garantizan a toda la comunidad las acciones de promoción y protección de la salud, y participan casi con exclusividad en la rehabilitación de la misma, etapa trascendente de muchas patologías que los otros subsistemas se ven obligados a derivar a las entidades estatales por sus altos costos.

Es necesario recordar la destacada actuación que le cupo al hospital público en los episodios de gran dramatismo sanitario que conformaron verdaderas epidemias químicas, como la intoxicación masiva con propóleos o la ingestión de vino adulterado. Y la importante labor llevada a cabo por el SAME, a raíz de los criminales atentados terroristas contra la Embajada de Israel y la AMIA.

Durante estos sucesos la institución, injustamente denostada en numerosas ocasiones, demostró una vez más su naturaleza solidaria y su enorme eficacia e incomparable eficiencia social, constituyéndose en ejemplo de lo que se debe hacer cuando está en juego la vida de las personas. Las enfermedades crónicas, mentales y el SIDA constituye tipos de patologías que sólo son asistidas prácticamente en el hospital público.

Los motivos son obvios, y están íntimamente ligados a la postura que sustentan los que miden las acciones de la salud desde una óptica predominantemente economista. Como si se tratase de cualquier otra rama comercial, recomiendan no hacer gastos que reporten pocos beneficios a las empresas, en este caso de salud, desarrolladas con una finalidad muy precisa: obtener dividendos que las hagan rentables.

Esta realidad obliga al hospital al llevar adelante una actividad que muchas veces supera su capacidad operativa, principalmente porque no recibe del Estado los suficientes recursos económicos, tecnológicos y humanos. El recurso humano está siendo sometido al ajuste económico sin tomar en cuenta sus características distintivas, que en el terreno de la salud lo vuelven personalizado y por lo tanto, intensivo. En la actualidad, los funcionarios de las áreas de salud consumen gran parte de su tiempo en evaluar si sobra personal sanitario, con la única finalidad de ahorrar presupuesto. Así, descuidan aspectos realmente prioritarios, como la elaboración de programas y planes destinados a promover y prevenir enfermedades, para mitigar las importantes falencias que tienen los grupos poblacionales más vulnerables.

Si se tomaran en cuenta estas necesidades sociales, se llegaría fácilmente a la conclusión de que el número de profesionales de la salud no sólo es excesivo sino que resulta insuficiente. Tal vez para los gobiernos no sea relevante desarrollar campos tan importantes como las áreas programáticas, porque las acciones que en ellas se efectúan no logran superar el gasto que significa instalar un centro de salud, donde se practique la atención primaria, con la jerarquía que requiere la puesta en marcha de planes que, además, cuenten con el equipamiento necesario. Como condición obligatoria, deberían disponer del número adecuado de personal altamente capacitado, que en esta estrategia de atención es aún más intensivo.

No obstante las limitaciones señaladas, el hospital público es el único que intenta llegar a la comunidad y desarrollar programas como los de salud escolar, vacunación masiva o procreación responsable, y completar a través de sus centros periféricos el resto de las actividades que comprenden la atención primaria.

El excluyente rol que desempeña en la actualidad el sistema público como garante de la salud de la población, es quizás una de las causas que incide fuertemente en nuestra preocupación por el rumbo que pueda tomar el hospital, como consecuencia de las reformas del sector salud sintetizadas por el Banco Mundial.

Con el falso pretexto de disminuir el gasto público, el hospital puede perder las virtudes que lo han convertido, desde sus orígenes, en paradigma de la medicina solidaria. El propósito de quienes promueven estas políticas es conculcar los derechos sociales, premisa indispensable para lograr privatizar y mercantilizar los servicios de salud, objetivos centrales dentro de la ideología de estos proyectos.

17.3.7 Análisis de Información de una Muestra Seleccionada de Municipios Saludables de América Latina:

El número de municipios y comunidades que en América Latina y el Caribe están adoptando la idea – fuerza de municipios saludables es creciente. Asimismo, se avanza en la conformación y consolidación de redes regionales y nacionales de municipios saludables con el apoyo de las comunidades, los dirigentes locales, regionales y nacionales y la Organización Panamericana de la Salud. Existen numerosos ejemplos en la región tanto de funcionamiento de redes nacionales (siendo la experiencia de México la más estructurada) así como también municipios que han desarrollado acciones en el marco del proyecto de municipios saludables. Cada una de estas experiencias son muy diversas; en cada país y en cada municipio se han adoptado los lineamientos del proyecto en forma diferente. Esta riqueza de posibilidades en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida en el nivel local es precisamente la esencia de la estrategia de municipios saludables. Se hace necesario, sin embargo, sistematizar las experiencias locales con dos objetivos fundamentales: en primer lugar, identificar aspectos en el desarrollo de experiencias locales que deben ser fortalecidas para garantizar su éxito y continuidad; en segundo lugar, garantizar la disponibilidad de una base de datos útil para el desarrollo de proyectos y movimientos a nivel nacional y regional. Esta base de datos se debe actualizar permanentemente y debe contener información que permita desarrollar un intercambio de “experiencias exitosas” entre los miembros de las redes de municipios saludables en áreas específicas.

En esta región la implementación de la estrategia de movimientos de municipios saludables se inició en 1992, inspirada en los proyectos de Europa y Canadá. Adecuando el marco

conceptual de los movimientos Europeo y Canadiense a la realidad político-administrativa, social, económica y cultural de América Latina, la OPS/OMS considera que un municipio empieza a ser saludable cuando sus organizaciones locales y sus ciudadanos adquieren el compromiso e inician el proceso de mejorar continuamente las condiciones de salud y el bienestar de todos sus habitantes.

En este trabajo se seleccionaron 9 municipios y 4 redes nacionales, siendo el criterio de selección la disponibilidad de la información en la División de Promoción y Protección de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud en Washington D.C. Los municipios seleccionados fueron Santa Catarina (México), Manizales (Colombia), Xalapa (México), Campiñas (Brasil), San Carlos (Costa Rica), Versalles (Colombia), Zamora (Venezuela), Cienfuegos (Cuba), y Pocrí (Panamá). Las redes nacionales seleccionadas fueron: México, Panamá, Cuba y Venezuela.

Análisis de información componente 1: Ubicación del proyecto en la estructura municipal:
En el caso de Manizales (Colombia) el proyecto es coordinado desde la dirección municipal de salud, aunque es necesario documentar mejor como es la estructura del proyecto en este municipio. En Xalapa (México) se pretende lograr la descentralización del sector salud a nivel municipal y están claramente definidas en el Plan de Desarrollo Municipal las tareas que le corresponderán a esa repartición en el marco del proyecto.

En Santa Catarina (México) el proyecto es conducido desde la Secretaría de Desarrollo Social; en este municipio no se ha dado todavía la descentralización local del sector salud. En Campiñas (Brasil) el proyecto lo conduce la Secretaría de Gobierno, la cual es responsable de aglutinar todos los sectores del municipio. En Pocrí (Panamá) la conducción se da por parte de la Regional de Salud. En Versalles (Colombia) el proyecto es liderado por el hospital local. En los casos de Zamora (Venezuela) y San Carlos (Costa Rica) es necesario documentar este aspecto. El Director Ejecutivo del Proyecto Global de Cienfuegos (Cuba) es el Presidente del Gobierno Provincial.

Se hace necesario conocer para cada municipio si existe o no un comité coordinador intersectorial, un coordinador de tiempo completo, con que equipo humano y técnico cuenta ese coordinador, que tipo de información están recogiendo y procesando, así como el análisis de esa información y la presentación de la misma a los niveles decisorios y a la comunidad. La no existencia de una infraestructura básica para el proyecto afecta su viabilidad a pesar de que se continúen efectuando acciones que hacen parte de la iniciativa del municipio saludable.

Análisis de información componente 2: Fase del proyecto:

Se observa que los municipios desarrollan actividades contempladas en las fases inicial, de organización y de acción en forma simultánea. En algunos municipios como Santa Catarina (México), Manizales (Colombia), Campiñas (Brasil) y Versalles (Colombia), hay documentos actividades de la fase de acción, aunque existe menor información sobre el desarrollo de las fases inicial y de organización, específicamente acerca de la disponibilidad de un diagnóstico completo del municipio, planificación de estrategias y rendición de cuentas. Se evidencia avance en los municipios anteriormente mencionados la conformación y funcionamiento del comité directivo del proyecto así como la conformación de comisiones intersectoriales por temas específicos.

Si bien la tendencia de lograr resultados positivos en el corto plazo en los municipios es muy importante y tiene sentido en la dimensión del “tiempo político”, la consolidación de los procesos organizativos del proyecto son aspectos que se deben considerar críticos para la sostenibilidad y éxito a largo plazo.

Análisis de información componente 3: Gestión (gerencia) del proyecto:

La gestión del proyecto es aquí considerada en términos de transformación de la planificación local, la forma como se hacen las asignaciones presupuestales y la presencia de la salud en la agenda política. En algunos casos es difícil trazar una línea divisoria para definir cuando los cambios en el proceso de planeación municipal y la presencia de la salud en la agenda política se deben al proyecto de municipios saludables, aunque siendo el mismo objetivo el que se logra, hacer gran esfuerzo por una definición precisa del origen

del cambio es secundario frente al hecho real de que se está dando un proceso innovador. Entre la información revisada, la versión abreviada del Plan Municipal de Desarrollo 1995-1997 del Ayuntamiento de Xalapa merece resaltarse especialmente. Desde el resumen del diagnóstico municipal, pasando por las políticas del plan, las líneas de desarrollo, los proyectos sociales básicos hasta la definición de las metas del gobierno municipal para 1997 se evidencia coincidencia con los principios del proyecto de municipios saludables. Se hace explícito además en ese documento que el gobierno municipal está decidido a dar una respuesta organizacional a los desafíos de equidad, calidad y eficiencia que afronta el sistema de salud municipal.

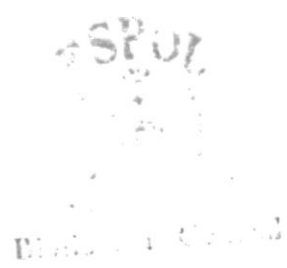
Es necesario entonces, documentar mejor la reorientación de los planes de desarrollo local y las asignaciones presupuestales. Esta es la evidencia más real de un cambio en la agenda política municipal del mediano y largo plazo. De los municipios de Santa Catarina (México), Manizales (Colombia), Xalapa (México), Campiñas (Brasil) se tiene alguna evidencia de este proceso. En los casos de, San Carlos (Costa Rica), Zamora (Venezuela), Pocrí (Panamá) y Versalles (Colombia) es necesario conocer información al respecto.

Análisis de información componente 4: Áreas de trabajo en promoción de la salud enfatizadas en el municipio:

En Santa Catarina (México), Manizales (Colombia), Campiñas (Brasil) y Versalles (Colombia) se ha trabajado con éxito en la articulación de políticas públicas saludables. Existe alguna evidencia también de este proceso en Xalapa (México).

En cuanto a la creación de ambientes físico y social favorable para la salud, Santa Catarina (México), Manizales (Colombia), Xalapa (México) y Campiñas se informan actividades en esta área.

El fortalecimiento de la acción comunitaria está más documentado en Santa Catarina (México), Manizales (Colombia), Campiñas (Brasil) y Versalles (Colombia).



Trabajo en desarrollo de habilidades personales se evidencia en Cienfuegos (Cuba), Versalles (Colombia), Manizales (Colombia).

En reorientación de los servicios de salud se encuentra evidencia documentaria para Manizales (Colombia), que hace cuatro años recibió autorización como municipio descentralizado en el manejo del sector salud y ha desarrollado avances en integración funcional para prestar servicios de primer nivel de atención. Actualmente está efectuando una revisión (reorientación) de las competencias de los diferentes organismos que prestan esos servicios de salud de primer nivel.

Análisis de información del componente 5: Evidencia de intersectorialidad y determinación de las fuentes de mayor liderazgo:

Es común en la información revisada sobre los 9 municipios la falta de evidencia de liderazgo en intersectorialidad por parte de la clase política representada a través de los consejos municipales. Es muy importante desarrollar este aspecto de la intersectorialidad y documentarlo, porque el consejo municipal es el escenario en donde se genera gran parte de la normatividad local y se determinan los presupuestos municipales entre otras funciones. Contrasta con lo anterior la mayor evidencia de liderazgo intersectorial que han asumido los gobiernos municipales, especialmente en Campiñas (Brasil), Santa Catarina (México), Manizales (Colombia), Xalapa (México).

El liderazgo intersectorial asumido por dirigentes comunitarios es más evidente en la información de Manizales (Colombia), Versalles (Colombia), Xalapa (México). Este aspecto de la intersectorialidad es crucial para el proyecto porque refleja el avance en el proceso de participación social.

Se evidencia de conformación de comisiones intersectoriales en los informes de Santa Catarina (México), Manizales (Colombia), Campiñas (Brasil) y Cienfuegos (Cuba).

En cuanto al grado de coordinación al interior del gobierno municipal, se encuentra mayor referencia en los municipios de Santa Catarina (México), Xalapa (México), y Manizales (Colombia). Del grado de trabajo en equipo al interior de la administración municipal depende en gran parte el evitar la duplicación de esfuerzos, eliminar celos entre dependencias, potenciar recursos, mejorar la imagen de la administración municipal, acercamiento con la ciudadanía y finalmente, mayor impacto para lograr las metas de la administración y del proyecto de municipio saludable.

En cuanto al grado de coordinación multisectorial, que se podría considerar como un agregado de todas las formas descritas, hay mayor evidencia en la documentación de los municipios de Manizales (Colombia), Xalapa (México), Campiñas (Brasil), Versalles (Colombia).

Análisis de información componente 6; Dinámica de participación social:

Se documentan avances en el ingreso de nuevos actores (extensión de la participación social) y en la institucionalización de la concertación (intensidad de la participación social) en los municipios. Falta información con respecto a San Carlos (Costa Rica), Cienfuegos (Cuba), Zamora (Venezuela) y Pocrí (Panamá).

No se tiene información sobre la modalidad y manejo de factores condicionantes de la participación social.

Este aspecto es crucial porque permite evidenciar factores estructurales y coyunturales en la vida del municipio que facilitan u obstaculizan la dinámica de la participación. Estos factores permiten o impiden que el proyecto de municipios saludable avance y que los logros en cuanto a calidad de vida y salud se den en un ambiente de democracia participativa.

Se evidencia impacto en la viabilidad de las propuestas generadas concertadamente en los municipios de Santa Catarina (México), en donde el diagnóstico y las estrategias municipales se está refinando en forma concertada, Manizales (Colombia) en donde

alrededor del programa adopte una cuadra se están concertando claras acciones intersectoriales; asimismo se encuentra evidencia de viabilidad de propuestas concertadas en Campiñas (Brasil) y Versalles (Colombia) que es necesario documentar mejor.

Se requiere más información acerca de la sostenibilidad de la concertación y específicamente sobre la forma como los cambios de las administraciones municipales afectan la continuidad de los proyectos y los logros obtenidos en cuanto a espacios de concertación.

Análisis de información componente 7: Evidencia de impacto posterior al inicio del proyecto de municipio saludable:

La información más específica con respecto a este componente proviene del municipio de Santa Catarina (México). En este Municipio desde el inicio del proyecto (período 1992-1994) se incrementaron las medidas correctivas para mejorar la calidad del aire. Se estableció un centro de Monitoreo diario de la contaminación del aire, el cual publica diariamente un informe en la prensa local. En cuanto a la infraestructura sanitaria y conservación ecológica, se habilitaron en el municipio 675650 metros cuadrados de plazas municipales y se sembraron 17400 árboles. Asimismo, se instalaron 75 contenedores de basura en diferentes áreas del municipio. Se construyó un sistema de abastecimiento de agua para 12324 habitantes y se incrementó el reparto de agua potable a 2120 familias a través del sistema de carro-tanques. Se logró además la construcción de una planta de tratamiento de aguas residuales industriales.

El número de lesionados por accidentes de tránsito en el mismo municipio de Santa Catarina (México) disminuyó de 672 en 1993 a 476 en 1994 y el número de muertes por esa causa disminuyó de 10 en 1993 a 3 en 1994. Se restauró el 50% de las señales de tránsito y se disminuyó el déficit de ese tipo de señales de 50% a 30%.

En Manizales (Colombia) el sector educativo está muy vinculado con el proyecto y se han logrado cambios curriculares a través de los cuales se han introducido componentes de

promoción de la salud. Se han obtenido logros también en educación vial preventiva.

Análisis de información componente 8: avance de las redes de municipios saludables en países de América Latina:

El proceso de conformación y desarrollo de una red nacional de municipios saludables más avanzado en América Latina es el de México. Con la firma del Compromiso de Monterrey en Noviembre de 1993, se formaliza el inicio de la red Mexicana de municipios saludables. La Secretaría de salud ha establecido una oficina coordinadora. La red Mexicana, con el apoyo de la Secretaría de Salud y de la Organización Panamericana de Salud ha realizado reuniones periódicas de sus municipios miembros, así como 12 talleres en los cuales se han identificado los problemas comunes que tienen los municipios con respecto al medio ambiente, los estilos de vida y los servicios de salud. La red se inició con 12 municipios y se ha extendido contando en la actualidad con 63 municipios. Varios municipios están solicitando su ingreso a la red. De otro lado, se está gestando la conformación de redes estatales (regionales) comenzando con los estados de Puebla y Michoacán. Esta última iniciativa es muy importante porque permite a los municipios de estas redes estatales interactuar con municipios con los cuales comparten características geográficas, culturales y sociales y pueden desarrollar proyectos regionales de beneficio común. En el caso de la red Mexicana se evidencia también la publicación de un boletín informativo bimestral. El compromiso político para garantizar la continuidad de la red es asimismo evidente.

En los casos de Panamá, Cuba y Venezuela existe voluntad política en los ministerios de salud para la conformación de redes nacionales. Actualmente ese nivel administrativo brinda apoyo técnico a los municipios que se han involucrado en el movimiento de municipios saludables. La experiencia Mexicana puede ser utilizada como experiencia exitosa para estos países y para los demás países de América Latina que inician la conformación de redes nacionales y regionales.

Conclusiones y Recomendaciones:

La información disponible sobre resultados de proceso y de impacto de las diferentes experiencias de municipios saludables es escasa. Los informes de cada municipio son

realizados utilizando una metodología diferente, dificultando un análisis integral del municipio y la comparabilidad de las experiencias.

Se evidencia la necesidad de evaluar integralmente el desarrollo de los procesos organizativos y del impacto de los proyectos en los municipios que adelantan el proyecto. El énfasis debería ser puesto en la evaluación de procesos para garantizar que las fases inicial y organizativa del proyecto en los municipios se consolide. Es claro que existe un gran entusiasmo y compromiso por parte de la gran cantidad de líderes a nivel local, regional y nacional por desarrollar el proyecto. Sin embargo es necesario, desarrollar más el componente de análisis de la información disponible en los municipios (se debe enfatizar que hay gran cantidad de información relevante para el proyecto de municipio saludable en los municipios y muchas veces no se utiliza) y la manera como ese análisis es presentado a los niveles decisorios locales, a la comunidad, así como a otros miembros de las redes interesados en aprender de las experiencias exitosas.

En las visitas que efectúan funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud a los municipios se podría utilizar una guía que permitiera al funcionario evaluar aspectos específicos del desarrollo del proyecto. Asimismo, sería conveniente facilitar a los municipios guías que permitan un proceso de autoevaluación de la marcha del proyecto. En este caso, los indicadores serían muy gruesos. El requisito más importante es que el proceso autoevaluatorio fuera muy participativo.

La conformación de redes nacionales y estatales, departamentales o provinciales debe estimularse y acompañarse. Estas redes son las que garantizan la multiplicación de la estrategia de municipios saludables en los países y son factor clave para evitar que el movimiento se afecte con los frecuentes cambios de dirigentes en los municipios. La experiencia de México debería hacerse conocerse en otros países de la región. A partir de esa experiencia se podría elaborar documentación de apoyo para la conformación e implementación de redes nacionales y estatales, departamentales o provinciales.

17.3.8 Crear Ciudades Sanas en el Siglo XXI:

¿Un futuro urbano sano?

Cuando llegamos al próximo siglo y consideramos lo que probablemente serán las ciudades, se plantean dos posibles futuros, muy distintos. El primero se basa en aplicar los conocimientos sobre el modo de crear y mantener ciudades sanas disponibles tanto en el Norte como en el Sur. No es un futuro urbano poco realista, pues hay ejemplos de distritos o ciudades que han actuado así, haciendo el máximo uso de los recursos locales, implicando a todos los sectores de la sociedad y afrontando la gama completa de problemas de salud que van de las enfermedades infecciosas y la contaminación atmosférica a los estilos de vida insalubres, el abuso de drogas y la violencia. Algunas de esas ciudades figuran entre los ambientes más sanos y valiosos para vivir en el mundo; la mayoría, pero no todas, se hallan en el Norte. Los otros ejemplos son las ciudades o los distritos urbanos en los que se han efectuado notables mejoras en la salud en los últimos decenios, pese a la existencia de ingresos por habitante relativamente bajos, y la mayoría de ellos se hallan en el Sur.

Quizás el motivo principal de su éxito consiste en el hecho de que promover la salud y prevenir la enfermedad y las lesiones se reconoció como algo que interesa a todos y es responsabilidad de todos. Ello implica una amplia gama de iniciativas, no solo de los profesionales de la salud y las autoridades, sino también de las familias, las organizaciones comunitarias, las escuelas, las empresas privadas, las ONGs y otras organizaciones del sector benéfico. Aunque la mayoría de las iniciativas fueron emprendidas por personas sin formación médica, los profesionales de la salud y las autoridades públicas ejercieron una función decisiva para aconsejar y apoyar sus esfuerzos.

Las ciudades sanas se basan en modelos de gobierno municipal en los que las autoridades reconocen la necesidad de trabajar con una amplia gama de actores y de apoyarlos: coalición de base comunitaria dedicada a prevenir la violencia; programa de abastecimiento de agua, saneamiento y atención de la salud de los asentamientos ilegales, que combina los fondos de origen gubernamental, comunitario y externo; programa de créditos que permite a las familias de bajos ingresos pagar los costos de conectar sus hogares a los sistemas de

abastecimiento de agua por tuberías: sistema de nivel de vecindario para lograr que cada barrio tenga zonas de juego para los niños que sean seguras, limpias y estimulantes, etc. Lograr la existencia de ciudades sanas significa construir sobre los recursos de cada ciudad, y sobre las habilidades y capacidades de gestión de su población y de las instituciones oficiales y del sector no estructurado.

Esos programas de ciudades sanas se basan también en las numerosas ventajas potenciales que tienen las ciudades: por ejemplo, la concentración de población que permite obtener costos mucho más bajos para proporcionar agua tratada y conducirla por tubería a cada familia, así como la mayor parte de las formas de servicios de salud, educación y urgencia. El saneamiento y el drenaje pueden ser costosos en las ciudades, pues se necesitan sistemas complejos para afrontar las necesidades de concentraciones demográficas muy elevadas y amplias poblaciones, pero las familias urbanas pueden en general pagar más, y están dispuestas a hacerlo si obtienen un servicio satisfactorio. Además, existen sistemas de saneamiento que son mucho menos costosos que los alcantarillados y que pueden aplicarse en numerosas ciudades o distritos urbanos. Los servicios de salud (y los sistemas de envío de enfermos para atención hospitalaria) pueden funcionar con más eficacia en las zonas urbanas, y es posible hallar soluciones para problemas primordiales tales como los siguientes:

- desarrollo de las aportaciones de la comunidad usuaria al proceso de adopción de decisiones y a la gestión de los servicios de salud;
- desarrollo y promoción de servicios preventivos junto a los servicios curativos;
- mayor equidad en el suministro de servicios de atención primaria.

Es preocupante que un mundo cada vez más urbanizado signifique también una mayor presión sobre la base finita de recursos del mundo y sobre su capacidad global para absorber o descomponer los desechos. Las familias urbanas producen habitualmente más desechos que las familias rurales, mientras que sus formas de consumo implican en general una mayor emisión de gases de efecto de invernadero por persona. Sin embargo, las ciudades pueden combinar ambientes sanos con el uso eficaz de recursos, la producción

minima de desechos y la amplia reutilización o reciclado de los desechos que no pueden eliminarse. Por ejemplo, la estrecha proximidad de tan alto número de consumidores de agua amplia el alcance del reciclado o de la reutilización directa de aguas residuales; son bien conocidas las técnicas para reducir sobremanera el empleo de agua potable en los hogares y las empresas de medio urbano, en donde los recursos de ese tipo de agua son escasos. Las ciudades concentran también poblaciones en formas que reducen habitualmente la demanda de terreno en relación con la población, en particular si el transporte público es de alta calidad y si se evita la dispersión de la población de escasa densidad, dependiente del automóvil, que es tan corriente en Norteamérica y que resulta cada vez más común en ciudades de otras regiones.

Un Futuro Urbano Insalubre:

Existe un segundo futuro urbano que en la actualidad es más probable, puesto que en la mayoría de los países continúan las tendencias existentes. Es un futuro urbano que en la actualidad es más probable, puesto que en la mayoría de los países continúan las tendencias existentes. Es un futuro urbano que en la actualidad es más probable, puesto que en la mayoría de los países continúan las tendencias existentes. Es un futuro urbano en que los problemas de salud y sus causas subyacentes no reciben la atención apropiada, y en donde gran parte de la población sufrirá de enfermedades y lesiones de fácil prevención, como es el caso en la actualidad en gran parte del Sur. Proseguirá el rápido aumento de la violencia, como es el caso en la actualidad en muchas ciudades del Norte y del Sur, pues se concede escasa atención a causas subyacentes tales como el aumento de la desigualdad, la discriminación, la fácil disponibilidad de armas y la mala calidad del medio ambiente.

Es un futuro que muestra los inconvenientes que las ciudades pueden acarrear para la salud, si se ignoran sus posibles ventajas para promover la salud y prevenir las enfermedades y las lesiones antes reseñadas. Al concentrar la población, las ciudades aumentan las posibilidades de transmisión de enfermedades

infecciosas. Si son inapropiados el suministro de agua, el saneamiento, el drenaje y la recogida de basuras, proliferan los agentes causantes de enfermedades o los vectores o huéspedes animales de muchos de ellos. Lograr ciudades sanas resulta muy difícil debido a la emergencia de nuevas enfermedades infecciosas y a la reaparición de otras; por ejemplo, los sistemas de atención de la salud resultan incapaces de hacerles frente o los agentes causantes de enfermedades o los vectores que las difunden adquieren una resistencia a las medidas de salud pública destinadas a eliminarlos.

En las ciudades se concentran también empresas fabriles que plantean peligros profesionales para la salud, si no son objeto de una estricta vigilancia. Las ciudades tienen en general problemas muy graves de contaminación atmosférica si no se cumplen las normas medioambientales. También concentran vehículos de motor y, sin una vigilancia apropiada, aumentan las muertes y lesiones por accidentes de tráfico. Sin una gestión adecuada, las ciudades llegan a ser lugares peligrosos e insalubres.

Si el futuro urbano de gran parte del mundo es la continuación de lo que hoy existe, millones de lactantes o niños morirán cada año y decenas de millones obstaculizado su desarrollo físico y mental por enfermedades evitables o prevenibles. Existe un futuro urbano en el que una elevada población de los adultos que viven en las zonas urbanas sufrirá constantemente de lesiones o enfermedades que deberían haberse evitado. En la actualidad, más de la tercera parte de la población urbana de África, Asia y América Latina tiene viviendas de tan mala calidad, en las que es tan insuficiente el suministro de agua, el saneamiento, el drenaje, la recogida de basuras y la atención de salud, que sus vidas y su salud se hallan constantemente amenazadas. En tales circunstancias, es corriente que un niño de cada tres muera antes de la edad de 5 años y que prácticamente todos los lactantes, niños y adultos que sobrevivan, padezcan una carga de enfermedades varias veces superior a la admisible. Por ejemplo, la carga de enfermedades diarreicas por personas fue unas 200 veces superior en 1990 en el África subsahariana que en el Norte, teniendo en cuenta que esa carga para la salud disminuye enormemente si la vivienda está menos hacinada, si el suministro de agua y el saneamiento son apropiados, y si los alimentos se preparan y conservan en condiciones de seguridad. La carga que la tuberculosis y las infecciones

agudas de las vías respiratorias ejercen en la salud (ambas, junto a las enfermedades diarreicas, figuran entre las mayores causas de mortalidad en el mundo) aumenta en general en gran manera por el hacinamiento. Muchas lesiones accidentales se producen cuando tres o más personas habitan en una habitación pequeña en viviendas construidas con materiales inflamables, en donde hay pocas posibilidades de que los ocupantes (en particular los niños) estén alejados de las chimeneas o las estufas sin protección.

Existen también numerosos problemas de salud graves en muchas de las ciudades más ricas del mundo. Por ejemplo, se hallan distritos de bajos ingresos en los que la esperanza de vida es media es de 10 a 20 años inferior al promedio nacional y en donde la mortalidad infantil es tres a cuatro veces mayor de lo que puede lograrse por prácticas adecuadas de promoción y atención de salud. Existen también grupos dentro de las poblaciones urbanas que se enfrentan con graves problemas de salud, por ejemplo, personas que viven hacinadas o en albergues sin servicios básicos; incluso en países de la Unión europea, millones de personas viven en edificios desprovistos de retretes, cuartos de baño o duchas. Existen también millones de personas sin vivienda en Europa y en América del Norte, que se enfrentan con numerosos riesgos adicionales para la salud y por lo general con grandes dificultades para obtener atención de salud. En los primeros años noventa, unos 18 millones de ciudadanos de la Unión Europea carecían de vivienda o se hallaban extremadamente mal alojados, entre ellos 1,8 millones de personas que en el curso del año dependieron de servicios públicos o benéficos para encontrar albergue temporal o que eran ocupantes ilegales de viviendas o vivían al aire libre. Los cambios del mercado del trabajo (en particular el aumento del número de personas con empleo a largo plazo) y de los sistemas de protección social significan también que los adolescentes y los jóvenes constituyen una proporción creciente de población sin vivienda en muchos países.

Los problemas de la delincuencia y la violencia están siendo cada vez más graves en la mayoría de las ciudades del Norte y del Sur. Por ejemplo, en un reciente informe se señala que:

“ la violencia figura entre las mayores amenazas para la salud en los Estados Unidos. La violencia entre personas ha invadido los hogares, las escuelas y las calles en todas partes,

alcanzando proporciones epidémicas según la conclusión de los expertos en salud pública.” Más de la mitad de la población urbana que vive en las ciudades de 100000 o más habitantes son víctimas de algún tipo de delincuencia, por lo menos una vez cada cinco años. Las tasas de delincuencia son especialmente altas en ciudades de Africa y América del Norte y del Sur. La violencia resulta cada vez más corriente en la mayoría de las ciudades en los últimos años; por lo general comprende del 25% al 30% de todos los delitos urbanos. Incluye el asesinato (o el homicidio), el infanticidio, el atentado, la violación y el abuso sexual, y la violencia doméstica. La violencia doméstica es un problema especialmente grave. Las tasas de asesinatos han alcanzado niveles muy altos en muchas ciudades. Deben mantenerse por debajo de 1 por 10000 habitantes al año, como sucede en algunos de los países más ricos del mundo, pero existen ciudades del Norte y del Sur en donde la tasa de asesinatos pasa de 70 por 100000 habitantes al año.

Los altos niveles de la delincuencia, en particular de la delincuencia violenta, están modificando la estructura espacial de las ciudades a medida que los grupos de ingresos medios y altos, viven, trabajan, compran y se divierten, con frecuencia creciente, en auténticos enclaves fortificados, dotados cada uno de complejos sistemas de seguridad y, cada vez más, de su propio estacionamiento protegido de automóviles. Como los recorridos entre esos enclaves se efectúan en automóviles privados, es escasa o nula la necesidad de andar por la calle o de utilizar espacios abiertos. Los altos niveles de delincuencia y el miedo a la violencia están también empujando fuera de los barrios centrales a los centros comerciales, los complejos de oficinas y las actividades de ocio, hasta el punto que son escasas las personas de los grupos de ingresos medios y altos que visitan el centro urbano.

17.3.9 Síntesis de Experiencias de País:

Los Municipios Saludables de América Latina

Resulta difícil identificar cuál o cuáles fueron los proyectos pioneros de Municipios Saludables en América Latina. Aunque con anterioridad a 1991 hubo algunos intentos poco sistematizados en su inicio en Brasil y en Colombia, a partir de ese año, se reconocieron

acciones sistemáticas para desarrollar el movimiento de Municipios Saludables.

Movimiento de Municipios por la Salud en Cuba:

El Municipio de Cienfuegos fue el primer municipio de América Latina que adoptó institucionalmente la estrategia de Municipios Saludables. Población más o menos 140000 habitantes en una espaciosa bahía. El proyecto partió originalmente de una propuesta del sector salud presentada al Gobierno Provincial de Cienfuegos en 1989. El perfil epidemiológico de Cienfuegos evidenció el aumento creciente de Enfermedades Crónicas no transmisibles (ECNT), por lo que se elevó la propuesta de abordar el problema implicando en su solución a todos los sectores de la comunidad. En septiembre de 1992, el Gobierno Local proclamó internacionalmente su compromiso con Ciudades Saludables en el Encuentro América-Europa sobre Ciudades y Municipios Saludables de Sevilla, España. Entre sus actividades destacan la confección de guías médicas para la prevención y diagnóstico de ECNT, el desarrollo de programas educativos a nivel de preescolar y enseñanza primaria, la elaboración de un proyecto de comunicación social, las acciones de mejora de la alimentación y nutrición, incluyendo a la industria alimentaria en la producción de alimentos más nutritivos y saludables y mejoras al entorno ambiental. La experiencia de Cienfuegos se ha extendido a otros once municipios de Cuba que ahora está constituyendo una red nacional de municipios por la salud.

La Experiencia de Municipios Saludables en Colombia:

El Municipio de Manizales cuenta con 382748 habitantes y con problemas emergentes de salud agravados por un fuerte movimiento inmigratorio desde las zonas rurales. Es la capital del estado de Caldas. El compromiso político del gobierno local por la estrategia de promoción de salud activó su proceso en 1991, y condujo, en 1993, a la declaración de Manizales Saludable. Manizales había logrado consolidar la ley de servicios básicos con la estrategia de SILOS. Entre las actividades que viene realizando se destacan las de comunicación social e información pública dirigidas a reforzar modelos de comportamientos saludables y seguros; las intervenciones educativas en escolares y

adolescentes; la acción intersectorial para bienestar de los ancianos; el mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental; la adopción de estilos de vida sanos, especialmente dieta, lucha contra el tabaquismo, alcoholismo y drogas; la protección de los habitantes que viven en zonas de alto riesgo para deslizamientos; y el mejoramiento de las calles y parques, mediante el programa “adopte una cuadra”. Todo ello, en torno a la creación de una nueva “cultura por la Salud”.

En Colombia existen otras ricas experiencias de participación comunitaria y municipios saludables. La llamada “Ley 100”, promulgada en Colombia en 1991, que ha reforzado notablemente el proceso de descentralización político-administrativa y de asignación de recursos a nivel municipal. El municipio de Cali ha sido pionero en el desarrollo de proyectos de participación comunitaria y de atención primaria. Por ejemplo, el proyecto SMALP logrando un aumento importante en la cobertura de servicios de salud y el proyecto integral DESEPAZ contribuyó a la reducción de la violencia con base en estrategias de “desarrollo, seguridad y paz”. El municipio de Versailles, ha generado un proceso de promoción de la salud cuya mayor riqueza está en la participación comunitaria.

La Red de Municipios por la Salud en México:

México ha tenido un desarrollo muy intenso del movimiento “Municipios por la Salud”. A pesar de que Zacatecas, venía trabajando en promoción de la salud y en el desarrollo de intervenciones para la reducción de ECNT, el movimiento más general y dinámico se inició con el apoyo político de la Dirección General de Fomento de la Salud de la Secretaría de Salud que consiguió extender la idea paulatinamente a 11 municipios en 1993, y a unos 150 a finales de 1994. México fue el primer país de América Latina en constituir una “Red Nacional de Municipios por la Salud” tras la firma del compromiso de Monterrey en noviembre de 1993. La red aglutina municipios con diferentes enfoques y prioridades. Algunos han reforzado sus acciones a través de los SILOS; otros, en la salud ambiental; uno de ellos, Zacatecas, ha centrado su acción en las enfermedades crónicas y accidentes, pero todos ellos se caracterizan por la intencionalidad de promover el desarrollo social y el bienestar de la población en forma positiva con responsabilidad compartida de los

diferentes sectores sociales.

Los campos de trabajo que definieron abarcan los aspectos fundamentales de la alimentación accesible, adecuada y completa; el saneamiento básico y mejoramiento del medio; la búsqueda de condiciones óptimas de empleo y trabajo; el mejoramiento de la vivienda y desarrollo urbano; el fomento de los estilos de vida saludables; la seguridad y protección de la población; la promoción y elevación del nivel de educación; y la atención a segmentos de población vulnerables como los niños, ancianos, indígenas y a los grupos socialmente desfavorecidos. Desde finales de 1994, ya hay también constituidas Redes Estadales en Michoacán y en Sinaloa.

La Red de Municipios Hacia la Salud en Venezuela:

Venezuela fue el cuarto país en responder al llamado de Municipios Saludables en América Latina. Las primeras iniciativas tuvieron lugar en los Municipios de Baruta y El Hatillo en 1992. La estrategia de Municipios Saludables fue planteada inicialmente en respuesta al problema creciente de enfermedades cardiovasculares, cáncer, y otras ECNT. La orientación de sus acciones ha girado alrededor de estilos de vida y factores de riesgo asociados a dichas enfermedades. Su nivel de desarrollo es aún escaso y tienen como reto principal la consolidación de sus estructuras intersectoriales. Entretanto, los municipios de Barbacoas en el estado de Aragua, Guigue en Carabobo, y Puerto Cumarebo en Fancón han integrado un movimiento a punto de constituirse una red nacional con una dinámica clara de promoción de salud dirigida a transformar las condiciones de vida.

La Experiencia de Cantón Saludable en Costa Rica:

En Costa Rica, ha habido varios proyectos de tipo local con planteamientos de promoción y desarrollo de la salud en forma integral. No obstante, sólo recientemente se inició un proyecto con las características de municipio o cantón saludable. El cantón de San Carlos es la unidad cantonal más grande del país. Ha desarrollado un importante sistema de producción agropecuario. Cuenta con 91658 habitantes. Su población es joven, y gozan de

buenos niveles de desarrollo social. el proyecto es multisectorial, con participación de organizaciones cívicas y comunitarias junto con el Presidente Municipal y su cuerpo de Regidores, y del sector salud a través de la Caja Costarricense de Seguro Social. Merece la pena destacarse el desarrollo conceptual y de organización de las trabajadoras sociales, quienes han incentivado el trabajo social en la generación de actividades en promoción de la salud.

La Experiencia de Municipio Saludable en Campinas, Brasil:

El movimiento de Municipio Saludable en Campinas desarrollo las siguientes áreas:

Descentralización administrativa y creación de cuatro Secretarías de Acción Regional. Esto ha permitido llevar las decisiones y acciones del gobierno más cerca de la población, mejorando el acceso a los servicios. Es una forma innovadora de fomentar la intersectorialidad de las Políticas Públicas y la integración de las acciones sociales, facilitando la participación de la comunidad, detectando de cerca las necesidades y respondiendo más rápido a las demandas populares. La intersectorialidad es una prioridad para la Administración y hay un mejor entendimiento de la realidad social en la búsqueda de mejorar la calidad de vida.

Garantía de renta mínima y pro-renta. Programa pionero en el Brasil que tiene como objetivo complementar la Renta de las familias en extrema pobreza, que tienen hijos desnutridos, portadores de deficiencias, o en situación de Meninos de Rua. El programa aporta un subsidio monetario mensual calculado de acuerdo a la composición de cada familia. En los últimos meses el programa esta siendo completado con pro-renta, que busca mejorar los ingresos mediante la capacitación y facilitando laboral de los miembros. En forma anterior se busca contribuir a la satisfacción de las necesidades básicas del grupo familiar.

Atención integral de la infancia. Se orienta a generar, movilizar y coordinar los esfuerzos del Gobierno Municipal, la Sociedad Civil, las ONGs, la Empresa Privada, líderes de las Comunidades y grupos participantes de los mismos adolescentes que contribuyen a mejorar



las condiciones de salud, educación y vida de los niños. Con sus actividades se busca la reinserción a la escuela de aquellos que han desertado, capacitar laboralmente, dar oportunidades de recreación y convivencia social, en esta forma prevenir la drogadicción y otras formas de patología social.

El listado anterior no agota la riqueza de movimientos de Municipios/Comunidades saludables en la Región. Existen muchas otras experiencias que tienen origen en diversos proyectos de desarrollo humano y social. En esencia, integran los mismos elementos de compromiso político local, intersectorialidad, participación y empoderamiento de la comunidad, con énfasis en la prevención y protección de las poblaciones en forma positiva, y no solamente la atención de la enfermedad. El denominador común más importante es la búsqueda de la equidad en salud para un desarrollo social.

Es notable el reciente interés que ha despertado en Brasil la estrategia de municipios saludables. Se destaca Campinas, donde el compromiso del Alcalde es ejemplar, liderando una movilización cívica de todas las instituciones públicas y privadas. Otras experiencias de algunos estados del nordeste y del sur (Fortaleza, Curitiba, Santos), también se han destacado por el liderazgo de algunos alcaldes y gobernadores, y están implementando proyectos integrales de salud y bienestar, logrando una movilización y participación importante.

Una línea de proyectos SILOS, apoyada por la cooperación italiana, de Salud, Medio Ambiente Y Lucha contra la Pobreza (SMALP) se desarrollan en Colombia, Perú, República Dominicana, Argentina y Brasil, y se caracterizan por un enfoque integral de intervenciones para mejorar la salud de los habitantes de zonas más marginadas socialmente. También, a través de la cooperación del gobierno italiano, se llevan a cabo los Programas de Desarrollo de Desplazados y Refugiados (PRODERE) en Centroamérica, dirigidos al desarrollo humano en los grupos de migrantes.

En el área de la salud ambiental, existen una diversidad de proyectos a nivel local –como es el caso de México- implementados, con el apoyo del gobierno español, para la promoción de salud ambiental.

En Centroamérica, se están consolidando varios proyectos de Municipios Saludables en Panamá (San Miguelito), Guatemala (Cuilco), El Salvador (Santa Ana, Metapán, y Ciudad Barrios), Honduras (Comayagua, Tocoa, Villanueva, Atima, y Choluteca), Nicaragua (León y Nandaime). Por otro lado, los ministros de salud de esta subregión han formulado una propuesta de acción conjunta, llamada Fronteras Solidarias, cuyos componentes de promoción de la Salud son claros. También en la frontera entre Perú y Chile se está generando un proyecto de municipios fronterizos saludables.

17.3.10 Una Visión de Futuro de la Promoción de Salud:

Sin lugar a dudas el desarrollo institucional constituye uno de los principales elementos para la llamada reforma y transformación municipal, cuyo objetivo es elevar sustancialmente la calidad de los servicios que la municipalidad del Distrito Metropolitano de Quito presta a los vecinos de su jurisdicción.

Este proceso implementado para lograr una verdadera modernización de la gestión administrativa, con miras a consolidar un gobierno local, está basado en los principios de descentralización y desconcentración, con niveles de participación ciudadana.

En el contexto de salud la municipalidad ha venido desarrollando múltiples acciones que han repercutido de una u otra forma en la calidad de vida de la población. Estas acciones han tenido que ver con las cuatro grandes áreas de intervención de la salud pública.

En promoción de la salud, el Municipio de Quito tradicionalmente y con antecedentes históricos que recogen datos desde la Colonia así como nuevas incursiones, ha venido implementando acciones que potencian la salud ciudadana, a saber: dotación de agua potable, sistemas de alcantarillado y de recolección de residuos; alternativas de recreación y

transporte; atención primaria de la salud; dotación de sistemas básicos alternativos; promoción de actitudes saludables en temas como: alimentos, nutrición, salubridad, saneamiento.

En medidas de prevención de la enfermedad sus frentes han sido múltiples, como el control de calidad de alimentos tanto en su preparación como en el expendio; control del estado de salud de manipuladores expendedores; control de zoonosis; mejoramiento de la vivienda y medio ambiente.

Las acciones tomadas en curación de enfermedad y rehabilitación del enfermo, tienen en La actualidad su expresión en centros de atención ambulatoria con niveles de atención ambulatoria de especialidad y de hospitalización.

Esta situación reconoce la existencia de un Sistema de Salud Municipal, el mismo que presta atención en tres niveles: el nivel primario a través de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con atención primaria de salud, actividades que las lleva a cabo La Dirección General de Higiene; los niveles secundario y terciario, tanto en cuanto se refiere a la prevención, curación de la enfermedad, rehabilitación del enfermo y recuperación de la salud con asistencia ambulatoria y de internación, que las lleva a cabo el Patronato de Amparo Social "San José".

Dada la amplitud de las acciones que este sistema contempla y considerando los nuevos retos que la Promoción de la Salud presenta, es evidente que se requiere una reorientación en la concepción actual de la estructura organizacional del sector salud municipal. Los múltiples frentes de intervención deben contar con un ente regulador normatizador y coordinador. Esta nueva instancia debería tener el carácter de una Dirección General que lidere un Consejo Metropolitano de Salud.

Esta Dirección General de Salud Metropolitana (DGSM) se encargará de diseñar políticas saludables para el Distrito; procurar ambientes favorables tanto físicos como sociales; fortalecer la acción comunitaria que permita buscar soluciones a nivel local; desarrollar

habilidades personales para efectuar cambios de actitudes; conocimientos y prácticas que contribuyan a mejorar el nivel de vida; estar preparada para asumir la reorientación de los servicios de salud, en caso de que fueran transferidos desde el nivel central para asegurar que sean accesibles y que satisfagan las necesidades; además de desarrollar la epidemiología aplicada a la planeación de salud.

La organización de la Dirección de Higiene parte de la necesidad de dar una respuesta más clara a la propuesta de municipios saludables, esto es darle a la institución un acercamiento evidente a la promoción de la salud. El matiz higienista heredado de las necesidades que fueron: las que dieron origen a esta Dirección hace ya más de 80 años, no se corresponden con la realidad actual; el desarrollo institucional al que hemos hecho referencia ha dado paso a la descentralización y desconcentración institucional, esto es la creación a partir de la Dirección Municipal de Higiene y Medio Ambiente de la Empresa de Aseo y la Dirección de Medio Ambiente.

Esta misma lógica administrativa es la que ahora se retoma para redefinir el rol de la Dirección General de Higiene; como se puede deducir fácilmente del término Higiene respondía a una realidad que le fue transferida a las Empresa y Dirección creadas. Siendo así hay que caracterizar a la actual Dirección para que su identidad corresponda con su quehacer renovado, normativo y regulador.

Si reconocemos que sus actividades tienen una orientación de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad con niveles de atención primaria en salud, sería más adecuado que su nombre tuviera un reconocimiento a este hecho, es por eso que se debería denominarse Dirección de Higiene y Promoción de Salud (DHPS).

Esta renovada Dirección contara con tres áreas principales, a saber: de prevención de la enfermedad con niveles operativos a nivel de control sanitario metropolitano y dotación de servicios básicos alternativos; de promoción de la salud a través de servicios de atención primaria de la salud, análisis de laboratorio, educación para la salud y monitoreo epidemiológico; y, de gerencia de los programas, proyectos, recursos e información.

Incorporando niveles operativos desconcentrados, se inicia el proceso con el programa de control sanitario, que obedece a una necesidad de acercar al ámbito de intervención zonal a fin de prevenir las enfermedades transmitidas por los alimentos, agua, carencia de infraestructura sanitaria, contaminación ambiental, ambientes de violencia e inseguridad.

La Visión: La Dirección de Higiene y Promoción de Salud será el ente normatizador, planificador y regulador de las políticas de promoción, fomento y prevención de la salud en el Distrito Metropolitano de Quito, manteniendo los principios de desconcentración, descentralización y participación ciudadana, a través de la generación y aplicación de proyectos sociales sustentables.

Las acciones previstas se cumplirán a través de equipos operativos a nivel centralizado cuya jurisdicción sea el territorio del Distrito Metropolitano de Quito y desconcentrados con jurisdicción al territorio de cada una de las Administraciones zonales.

La Dirección de Higiene y Promoción de Salud será una institución moderna, eficiente, eficaz, que responda a las necesidades de la comunidad con alta cobertura en prevención, promoción y de servicios básicos alternativos con participación activa de la comunidad, tendiendo a la autogestión.

La Misión: Procurar una ciudad saludable a través de acciones que tiendan a disminuir la incidencia de enfermedades provocadas por malas condiciones higiénicas del medio ambiente, alimentos, zoonosis, ambientes no saludables, estrés y otros; elevando los niveles de seguridad ciudadana y fortalecer acciones que fomenten el turismo, recreación y deporte en los pobladores de Quito.

Objetivo General: Promover un Municipio Saludable para el Distrito Metropolitano de Quito, a través de acciones que eleven el nivel de salud y el bienestar ciudadano; mediante la formulación y aplicación de indicadores que permitan evaluar la satisfacción de las necesidades sentidas de la comunidad contando con la coordinación interinstitucional e intersectorial, manteniendo los principios de prioridad, focalización, equidad; y, participación ciudadana efectiva.

17.3.11 Municipios Saludables:

La Dirección General de Higiene del Distrito Metropolitano de Quito, auspició una mesa redonda cuyo tema es Municipios Saludables.

Se abordan cuatro temas fundamentales: El Rol de los Gobiernos Locales en el Quehacer de la Salud, Municipios Saludables, Niveles de Participación en la Construcción de la Visión de Municipios Saludables, la Respuesta Comunitaria Frente a esta Propuesta y Perspectiva Actual y Futuro del Municipio en la Prestación de Servicios de Salud.

Promoción en Salud y Participación Comunitaria:

Reconociendo el proceso acelerado de urbanización que vive el país y particularmente la ciudad de Quito, en donde se han presentado exigencias sociales de diversa índole que demandan atención de los sectores gubernamentales y no gubernamentales. En respuesta a esta situación y con el afán de atender las demandas, el Distrito Metropolitano de Quito, mediante el Proyecto de Servicios Básicos en áreas urbano marginales, que se ejecuta con el auspicio del Proyecto Municipio – UNICEF – en coordinación con la Dirección de Higiene Municipal, ha desarrollado varias intervenciones, que se sustentan en los principios básicos de Atención Primaria de Salud con la participación comunitaria, que es la clave para alcanzar a mediano plazo un nivel aceptable de salud, para que la comunidad forme parte del progreso de desarrollo social y económico del país.

Para el cumplimiento de las acciones con apoyo como son entrega de servicios con personal institucionalizado y con personal comunitario, es con este último que las acciones de promoción, fomento y saneamiento del medio ambiente puede desarrollar en forma exitosa si existe una conciencia crítica en la comunidad o una participación directa en la solución de problemas más relevantes, es entonces donde la figura del Promotor de Salud cobra importancia en el manejo de acciones simples y sencillas que pueda desarrollar, previo a una capacitación en aspectos básicos de salud, teniendo como eje fundamental la educación

en salud.

El Promotor de Salud es un recurso de la comunidad, líder educador que tiene aceptación de la colectividad y es elegido por ella para ser capacitado en acciones básicas de promoción y desarrollo, para que luego trabaje en el mejoramiento de la misma, constituyéndose en el nexo entre la comunidad y el servicio de salud.

La experiencia desarrollada en el Barrio Atacucho, desde hace un año con Promotores de Salud es satisfactoria. Los análisis realizados con personal institucional de las unidades de salud, manifiestan que el trabajo de este recurso es importante porque existe un acercamiento entre la comunidad y el servicio de salud. Las acciones que han cumplido son varias y de gran impacto para mejorar la salud especialmente de los más pequeños. Las promotoras a más de las actividades educativas han realizado el control de peso y talla en las 14 guarderías de barrio y en los niños menores de un año de los diferentes sectores, control de los niños vacunados mediante el carné, reuniones con madres embarazadas, referencia de morbilidad para atención en los centros de salud, etc.

Para que el trabajo del Promotor de Salud tenga éxito se ha seguido un proceso sistemático desde la capacitación hasta un seguimiento en terreno, este ha permitido valorar su desempeño para seguir actualizándolo y reforzando su actuación en la comunidad, en cuatro líneas de acción que son:

- Organización y Desarrollo de la Comunidad
- Atención al medio Ambiente
- Cuidados Preventivos y de Promoción de Salud a las Personas
- Actividades Administrativas.

17.3.12 Prosaplan. Modelo Alternativo de Salud:

Antecedentes:

El Programa de Salud y Planificación Familiar fue concebido para brindar atención médica

en los barrios urbano – marginales de la ciudad de Quito, con énfasis en Planificación Familiar. En base a la acogida por parte de la comunidad y ante la demanda de necesidades insatisfechas de servicios de salud, ha experimentado un paulatino crecimiento hasta convertirse en un programa de atención integral.

Objetivos:

Atender a la población de barrios periféricos en cuanto a la atención de servicios médicos y odontológicos en forma itinerante con la participación y el apoyo de las organizaciones barriales beneficiarias, ONGs y otros organismos que brindan servicios de salud en diferentes sectores de la ciudad.

Partiendo de el concepto solidario de atención a la población que más necesita con la oferta de servicios de calidad a precios bajos, se penso en extender el servicio a otros sectores como son las parroquias rurales de Quito, una de estas es Cocotog.

San José de Cocotog, es una comuna perteneciente a la parroquia de Zábiza a 15 Km. de Quito, al nororiente, cuenta con 2 vías de acceso, una por Llano Chico y otra por Zábiza. Tiene una población aproximadamente de 3500 habitantes, dispone de agua potable, energía eléctrica, pero no de alcantarillado.

En el lugar no existe ningún otro servicio de salud, lo que determinó la decisión de llegar al sector con el programa.

En un inicio se venia prestando servicio quincenalmente en un local facilitado por el Jardín de Infantes local que no reunía las condiciones necesarias para funcionar óptimamente.

La autogestión comunitaria hizo que las instituciones que aisladamente de una u otra forma tenían acciones dispersas fueran canalizadas para que el gobierno, a través del FISE, el Municipio del Distrito Metropolitano y los moradores de Cocotog hagan realidad la construcción de un Subcentro de Salud con todos los requerimientos para brindar atención primaria de salud.

El moderno Subcentro, cuenta con dos consultorios, uno de medicina y otro de odontología, áreas para enfermería, archivo y farmacia. Además se equipó los consultorios con modernos instrumentos.

La promoción y participación comunitaria ha dado buenos resultados los que se reflejan día a día en la concurrencia a la consulta médica, odontológica que se ha ido incrementando. Se han creado comités de salud conformados por mujeres que se encargan de incentivar a las vecinas para que acudan al servicio.

La inauguración del Subcentro de Salud, tuvo especial incidencia en la comunidad porque reunió a los moradores con las instituciones que colaborarán y continuarán colaborando en la atención de salud.

Para la Dirección General de Higiene que tiene a cargo la atención primaria de salud para el Distrito que ofrece el Municipio, el compromiso de seguir sirviendo a las poblaciones de menores recursos sigue vigente.

El equipo de PROSAPLAN atenderá en el nuevo edificio, una vez por semana, a solicitud de la comunidad, que pidió ampliar los días de atención.

Como en este caso PROSAPLAN ve realizadas algunas de sus aspiraciones como el disponer de un local conseguido por la gestión comunitaria, extenderse a otros sectores y ampliar la cobertura de los servicios.

La comunidad ha aprendido a valorar su salud, la calidad y eficiencia con que el equipo médico odontológico de PROSAPLAN realiza su actividad, dedica a obtener mejor calidad de vida.

17.3.13 Propuesta de Conformación de la Red de Servicios Alternativos de la Salud:

Justificación:

El trabajo de Ayuda en Acción se desarrolla desde hace 8 años en la zona de Santa Ana, Jadán y Zhidmad con una propuesta que incluye el trabajo en 3 componentes:

- Educación que centra sus esfuerzos en la atención preescolar, apoyo escolar y educación compensatoria. - Producción, destinado a un adecuado manejo de recursos a fin de mejorar los ingresos familiares y organizaciones de la zona de trabajo a través de la creación y consolidación de microempresas y empresas campesinas asociativas que aglutina a más del 10% de la población de la zona de desarrollo.

Salud, que desde la propuesta de atención primaria en salud se plantea la organización de una Red de Servicios Alternativos de Salud que ofrezca una atención de calidad a los usuarios y permita su acceso a los centros de mayor complejidad que garantice la resolución oportuna de los problemas de salud de la población.

La Red de Salud se encuentra destinada a brindar servicios en salud preventiva y curativa a nivel del Area de Desarrollo Rural del proyecto que comprende las Parroquias de Jadán, Santa Ana y Zhidmad, con una cobertura poblacional de aproximadamente 17000 habitantes. En el Area de Desarrollo Rural se encuentran 2 dispensarios médicos del MSP, 1 dispensario del Seguro Social Campesino (El Carmen de Jadán) y una unidad de atención en Zhidmad de Ayuda en Acción. Se cuenta además, con 2 farmacias (Jadán y Santa Ana) y un Botiquín en Zhidmad implantadas por la Fundación y con el apoyo de organizaciones campesinas.

Las Unidades del MSP cubren mayoritariamente a las poblaciones ubicadas en los centros parroquiales de Santa Ana y Jadán. La del Seguro Social ubicado en El Carmen de Jadán cubre a 300 familias de El Carmen, centro de Jadán y las comunidades de Chinchin y Vegaspamba. Por lo visto existe una deficiente cobertura de los servicios estatales de salud, explicados por la inaccesibilidad geográfica y cultural, por lo que se hace imprescindible la coordinación entre todas las Instituciones que hacen salud en la zona a fin de potenciar las

acciones y optimizar los recursos, razón por la cual se propone como estrategia la conformación de la Red de Salud, operativizada a través de los convenios de cooperación Interinstitucional existentes entre Ayuda en Acción Cuenca, MSP, SSC, Universidad de Cuenca y el desarrollo de convenios con otras instituciones.

Avances en la Conformación de la Red:

De acuerdo al planteamiento de organización de la Red de Salud, se ha trabajado en el ámbito local con las unidades operativas del MSP, Seguro Social Campesino, la Fundación Ayuda en Acción y los protagonistas de la Red de las Organizaciones Campesinas con sus representantes. Utilizando metodologías participativas en varias asambleas se concretaron algunos acuerdos.

Discusión y análisis de la propuesta por parte de las organizaciones campesinas utilizando todos los espacios. Igualmente lo hicieron las instituciones a través de sus directivos y personal que labora en las Unidades Operativas.

Luego de conocida y analizada la propuesta por las partes involucradas se procedió a organizar el componente administrativo que constituye las Unidades de Atención Familiar UAF.

Los equipos de coordinación y el comité interinstitucional no fue posible estructurar por los diferentes momentos políticos vividos en el país, por lo que esperan concretarlos con las nuevas autoridades de salud.

Las Unidades de atención Familiar de acuerdo a la propuesta, se conformaron a nivel de las parroquias de Jadán, Zhidmad y Santa Ana, mediante una Asamblea General en la que participaron representantes de la mayoría de las comunidades de las tres parroquias, al igual que los representantes del MSP a través de los Jefes de las áreas 4 y5, representantes del Seguro Social Campesino de la Regional 3 y Ayuda en Acción, conformándose de la siguiente manera:

UAF de Jadán: Conformada por los médicos del Seguro Social Campesino, MSP, Ayuda en Acción y sus respectivas auxiliares de enfermería, un representante del Centro Infantil, uno de las Comadronas y del Sistema Informal, mediante designación democrática en cada comunidad se eligieron a los representantes que conformarían la UAF, estos fueron: Comunidades de Vegaspamba, Uzhuc, El Carmen, Chichin, Licán, Jadán Centro, Granda, Pucamuro, Llayzhatán, San Juan Pamba, y Cahuazhún.

UAF de Santa Ana: Estructurada por el médico del MSP, Ayuda en Acción, auxiliares de enfermería, representante por los Centros Infantiles, del Sistema Informal y los representantes de las siguientes comunidades: Santa Barbara, Ingapirca, Dolorosa, Santa Ana Crespo, Tepal, El Chorro, Pucacruz, San Antonio, San Pedro, Barzalitos, Bella Unión.

UAF de Zhidmad: aquí funciona la Unidad de Salud de la Asociación de Mujeres Nuevo Amanecer en coordinación con Ayuda en Acción, por lo tanto esta conformada por el médico de esta institución,

representante de los Centros Infantiles, y Organizaciones Comunitarias de Zhidmad Centro, Gordeleg Bajo y Alto, Guayan, San José, Monjas, Chilla y Chico Lalcote.

También se nombró un coordinador para cada UAF, y se acordó reunirse mensualmente en cada unidad para programar y evaluar las actividades que se ejecutan.

17.3.14 Capacitación e Integración de Promotores Rurales de Salud:

Cabe notar que al emprender programas de este tipo destinados al desarrollo del sector de la salud, una de las principales consideraciones debe ser su viabilidad a largo plazo. Este programa ha estado funcionando durante más de 4 años pese a las limitaciones de personal y presupuesto. Es difícil atribuir esto a un factor específico, pero es probable que lo más importante sea el hecho de que desde un comienzo se reconocieron los méritos de los promotores al permitirles tomar decisiones independientes. En cada reunión, los promotores podían plantear los problemas que encontraban en el desempeño de su labor y sus posibles soluciones. La discusión y resolución de los problemas se llevaba a cabo entre todos. En otras palabras, los promotores se sentían dueños del programa y, por

consiguiente, les interesaba mantenerlo. Además, entre los promotores y el subcoordinador existía una relación de apoyo y colaboración que permitía a los promotores expresar libremente sus necesidades y a la vez recibir la orientación de aquel. El apoyo de algunos vecinos, del personal de la clínica, del Ministerio de Salud y, sobre todo, de otros promotores facilitaba aun más sus actividades. Las oportunidades de adquirir nuevos conocimientos eran constantes – visitas del subcoordinador a sus domicilios, reuniones con otros promotores, acceso a libros y reuniones con el personal de otros programas de salud – lo cual era un incentivo adicional para querer mantener el programa. Los promotores han demostrado que son capaces de trabajar juntos movidos por el deseo de poner sus conocimientos al servicio de la colectividad. En este sentido representan un cambio positivo y muy probablemente constituirán agentes precursores de mejoras significativas en el estado sanitario de esta comunidad.

17.3.15 La integración de Servicios de Salud en las Comunidades Rurales:

En una zona rural pobre de Carolina del Norte (USA) se resolvió ventajosamente una situación difícil mediante la integración de esfuerzos entre dos proveedores esenciales de atención primaria: el departamento local de Salud (DL) y el centro comunitario de salud (CC). En esta población, en su mayoría de afroamericanos, 29% de los habitantes estaban por debajo del límite de pobreza, la tasa de analfabetismo era alta, al igual que la mortalidad infantil, y más de 20% de los residentes carecían de seguro de enfermedad.

A principios de los años ochenta el pequeño hospital del condado sucumbió al deterioro del edificio, al uso frecuente de los servicios y, en general, a un déficit de recursos que aceleró su decadencia. Además de cerrar el hospital, las autoridades condales tuvieron que hacer frente simultáneamente a la falta de espacio del DL, el cual operaba en unidades móviles y en el local de una antigua gasolinera. Esta situación de apremio las llevó en 1985 a solicitar ayuda del gobierno estatal, el cual acordó financiar la renovación del hospital con la condición de que el departamento y el centro colaboraran en la provisión de servicios a los residentes del condado. Se negoció formalmente un acuerdo de cooperación entre ambas entidades y se creó un consejo asesor que gestionó el uso del espacio y las

responsabilidades de cada parte. Bajo esta estrategia cooperativa, el CC y el DL comparten las áreas de recepción de pacientes, el laboratorio, los servicios de rayos X, las salas para conferencias y actividades educativas, las habitaciones para el uso del personal y un centro de promoción de la salud. Tanto el director como los técnicos de laboratorio y un pediatra del CC han sido contratados para dedicar parte de su tiempo al DL.

Aunque todavía no se han puesto en marcha todos los procedimientos planeados, las ventajas de esta alianza ya son evidentes. La mortalidad infantil ha disminuido y se ha observado el desarrollo y el mejoramiento continuo de los servicios, al mismo tiempo que un mayor uso de estos por la comunidad. Además, el arreglo cooperativo ha sido un incentivo que facilita el reclutamiento de profesionales. Esta experiencia es un ejemplo de cómo el enfrentamiento hábil de una crisis y la ayuda oportuna del estado pueden ser los factores determinantes de una interacción eficaz entre departamentos locales y centros comunitarios de salud, que redunde en una mejor atención primaria de salud en zonas rurales.

17.3.16 Participación Comunitaria en el Control de Enfermedades diarreicas:

El presente trabajo es el resultado de un año y medio de investigación – acción y desarrollo metodológico en el cual lo fundamental ha sido la participación en el diseño, producción y procesamiento de material educativo y la interacción entre los diferentes niveles del MSP, la Secretaría de Desarrollo Rural Integral y las Comunidades Campesinas de las áreas de los Proyectos de Desarrollo Rural Integral (DRI) Salcedo, Quimiag-Penipe y Jipijapa, seleccionados para esta experiencia.

Educadores y Representantes Comunitarias:

En este nivel participan representantes seleccionados por sus comunidades y que por lo regular no tienen ningún vínculo con el sector salud. Entre ellos constan alfabetizadores provinciales, promotores sectoriales, educadores comunitarios, y líderes comunitarios. Básicamente ellos son padres o madres de familia que desean servir a sus comunidades.

La metodología del adiestramiento que reciben está basada en una dinámica de aprendizaje

en la acción. Los contenidos que son nuevos para ellos tales como el de deshidratación, las señales de deshidratación, la terapia de rehidratación, la preparación y administración correcta del Suero Oral, el régimen de alimentación del niño con su episodio diarreico, especialmente el lactante, se aprende en el ejercicio individual y de grupo, con el sociodrama, en la exposición de experiencias, de creencias y comportamiento, de las comunidades. Se busca ante todo que sea el participante el que maneje su propio proceso de aprendizaje y lo haga en base a lo que conoce. Así mismo, se le posibilita en el manejo de cada uno de los elementos del paquete educativo a fin de que tengan la preparación necesaria para enseñar a los medios que facilitan su servicio.

Mediante este proceso dinámico, las comunidades tomaron valiosas iniciativas para la producción de material visual, auditivo y realizaron adaptaciones al material existente lo cual les permite un manejo acorde a sus necesidades.

Experiencias Locales de Educación Permanente en Salud:

En la Provincia Constitucional del Callao, se ha venido desarrollando actividades en relación a lograr la participación activa de la comunidad, así como su activa presencia en los procesos de investigación y educación para la Salud.

En coordinación con la Escuela Nacional de Salud Pública se ha trabajado la capacitación de los equipos de la DISUR-I-Callao, que tienen bajo nuestra responsabilidad la educación y organización comunal.

Luego de diversas reuniones, en cada una de las Zoonadis (entre los años 1992 a 1995), se logró convocar y organizar dirigentes comunales de todo el Callao, para informarles de una nueva metodología de trabajo, que basaba la Educación como un proceso permanente, y vehículo para fortalecer la organización social y asumir responsabilidades sanitarias.

En estos años se produce un proceso que logró reunir a los líderes comunales de los diversos sistemas locales, produciéndose un ejercicio real para determinar necesidades locales y acciones educativas requeridas, teniendo como resultado:

la articulación de un mapa de salud que refleja la participación de los equipos de salud con la comunidad en cada una de las Zoonadis o sistema local. Esto ha producido una mayor identidad con salud, y una nueva cultura de moral productora que la comunidad viene demostrando a través de sus organizaciones funcionales.

La Formación de equipos de gestión de trabajadores de salud identificados y comprometidos con la cultura de liderazgo, y de dar atención de salud con calidad, y equidad.

En síntesis, se puede señalar que el proceso educativo seguido en los diversos Distritos Sanitarios, donde la comunidad y el sector vienen realizando la estrategia de educación permanente, se han implementado los talleres de formulación de proyectos, buscando que los propios actores sociales desarrollen la capacidad de identificar las múltiples posibilidades de financiamiento que se ofrecen a través de la cooperación interna y externa, produciendo de esta forma un cambio productivo que modifique el espacio social, escenario de la atención integral de salud que se lleva adelante en los sistemas locales de Callao.

17.3.17 El Comité Intesectorial de Salud

Una Alternativa de Trabajo para Cotacachi:

Es un proceso generado hasta el momento en dicho Cantón dentro del trabajo coordinado entre el Ilustre Municipio (el Alcalde y los Concejales de la Comisión de Servicios Sociales), el Director del Hospital y los dirigentes de UNORCAC y el CEPAR, Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud .

El Consejo Cantonal de Cotacachi concibe la transformación de las condiciones de salud y vida para su área de influencia, superando la concepción tradicional de la salud que la encasilla en la enfermedad, por una visión integral de la salud que involucre lo social, lo económico, cultural, espiritual – religioso, ambiental, biológico. Así surge la necesidad de construir espacios de concertación, de unión de los esfuerzos de las diversas instituciones, públicas y privadas, sociedad y comunidad en general.

Una de las estrategias previstas fue la conformación de un Comité Interinstitucional / Intesectorial de Salud en Cotacachi.

El Propósito fundamental es construir una instancia que facilite la toma de decisiones políticas en salud en el ámbito local. Estas decisiones estarán basadas en elementos técnicos, validados por experiencias generadas en la comunidad de Cotacachi y contribuirán a facilitar la priorización de actividades e intervenciones y la optimización de recursos.

Dentro de esta misma línea, se ha constituido otro Comité Interinstitucional / Intesectorial de Salud en Sucúa, donde aúnan esfuerzos el Ilustre Municipio de Sucúa, la Dirección Provincial de Salud de Morona Santiago, “Área #3 Sucúa y el CEPAR.

17.3.18 Modelo de Subsidio Focalizado.

El Proyecto APOLO (Apoyo a Organizaciones Locales, constituye un componente del Proyecto Bilateral de Salud y Supervivencia Infantil, USAID – Ecuador) suscribió un convenio de asistencia técnica con la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo Crespo en la Ciudad de Cuenca, con el fin de desarrollar un sistema básico de servicios de salud, que incluye las siguientes características: precios bajos, buena calidad de servicio, aplicación de tarifas que cubren los costos de los servicios para personas que tienen capacidad de pago y aplicación de subsidios cruzados para quienes su capacidad de pago es más restringida.

El Proyecto APOLO tiene como objetivo desarrollar “modelos demostrativos” de prestación y financiamiento de servicios de salud, que aporten elementos para definir políticas en el proceso de Reforma en el Sector Salud.

Los recursos financieros que tiene la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo Crespo proviene principalmente de la autogestión (facturación de sus servicios), recuperan cerca del 60% de los costos. El déficit de la Fundación (en el orden del 40%) es asumido por el grupo de empresas promotoras (Indurama, Marcimex y Austromar).

17.3.19 La Salud se reorienta hacia la cogestión

En el país se ha realizado buenos estudios pero falta que se dé la coyuntura política y que se ponga al sector salud como prioridad en la agenda social. Hay que abrir el diálogo nuevamente con todos los sectores.

La propia sociedad civil y el Estado tienen que convencerse que la salud no puede seguir como está, señala Pablo Isaza, consultor de la OPS/OMS.

La reforma tiene varios desafíos, Francisco Vallejo, del Cepar, dice que es primordial el desarrollo institucional. El Estado tiene que definir políticas a largo plazo y evaluar y monitorear a nivel nacional. Además el proceso de reforma se dé con una amplia participación popular. Aún hay disputas políticas que no permiten ver la problemática de forma integral, mientras la sociedad sigue marginada.

La seguridad social cubre solo a un 20% en el país. ¿Cuál es la propuesta?: separar las prestaciones de salud y modificar el seguro social campesino.

17.3.20 PLAN DE GESTION EN EL SECTOR DE LA SALUD:

El ministro de Salud Pública, Dr. Marcelo Cruz Utreras, mantuvo la semana anterior una sesión de trabajo con los directores de hospitales y diferentes funcionarios de esta cartera de Estado, con la finalidad de informar y analizar el plan de gestión por desarrollarse en este nuevo año y que contempla la modernización hospitalaria, la coordinación entre salud y turismo y la publicación bibliográfica sobre destacados médicos ecuatorianos.

Señaló que la modernización hospitalaria comprende la autogestión, es decir, generar el ingreso de recursos económicos por medio de la prestación de servicios hacia la comunidad, cuyos fondos son revertidos en beneficio de la misma unidad.

Cruz añadió que parte de este punto es la cogestión gerencial pública, que comprende el

desarrollo autónomo administrativo y financiero de cada casa asistencial, para lograr sustentabilidad financiera mediante la venta

de servicios en las áreas de atención, docencia e investigación, que permita crear un sistema de compensación.

Para el efecto, dijo se firmaron tres acuerdos ministeriales que darán la pauta para el inicio de la autogestión en los hospitales de La Libertad "Dr. Rafael Serrano López", de Salinas "José Garcés Rodríguez " y el de Manglaralto.

El secretario de Estado explicó que el plan salud-turismo tiene como principal objetivo realizar un control sanitario de las comidas y demás alimentos que se expenden en las calles, así como en las diferentes picanterías de los balnearios que garantice una preparación higiénica en beneficio de la salud de los turistas, además de la instalación de servicios higiénicos para atender las necesidades biológicas de los bañistas.

Se acordó también reforzar la coordinación interinstitucional con otros organismos relacionados con este sector, para afianzar un adecuado desarrollo de las diversas actividades relacionadas con esta Cartera de Estado.

Añadió que de igual forma se estudia la posibilidad de declarar a 1997 el año del Dr. Isidro Ayora, destacado médico que fue Presidente Constitucional de la República, por lo cual se tiene previsto instalar dos bustos, uno en Guayaquil y otro en Quito.

Se desarrollarán, además, seminarios talleres sobre políticas de salud mental y sobre salud y turismo.

17.3.21 HOSPITAL: EL DINERO SE VA EN LOS SUELDOS:

Modernización? El proceso aún no empieza en este centro. Y aunque la autogestión parece ser la salida, los cambios administrativos la retrasan.

El hospital regional Isidro Ayora tiene un cáncer. Hace 17 años fue planificado con una capacidad instalada de 400 camas pero en realidad solo tiene 235. Sin embargo, existe 194 empleados y 330 trabajadores amparados por contrato colectivo.

De las 235 camas, el índice de ocupación bordea el 60 por ciento. Atiende a pacientes de Loja, la parte alta de El Oro, el sur del Azuay y Zamora. Las 524 personas que trabajan en esta unidad consumen el 90 por ciento del presupuesto anual. Esa cifra superó los 10.000 millones de sucres, en 1996; 317 millones más de lo previsto para 1997.

La autogestión es un proceso que aún no puede arrancar en el Isidro Ayora. Su subdirector, ahora director encargado, Espartaco Rodríguez, encuentra en la pobreza de la provincia ("donde no hay fábricas ni artesanía y la gente vive de la burocracia") una de las razones de la crisis.

En años anteriores se hicieron intentos de experiencias autogestionarias, como el cobro de 1.000 sucres por cada consulta. "Ese proceso se detuvo porque encontramos frenos en la parte legal que aún no han sido superados".

De cualquier forma, en 1996 el hospital autogeneró 90 millones de sucres, "pero ese dinero se va al Ministerio de Finanzas sin que tengamos la seguridad de que se inviertan en el propio hospital".

Al menos 4.000 millones se requieren para renovar algunos equipos, obsoletos tras 17 años de uso continuo, como los quirúrgicos y de anestesia. En la planta baja hay cuatro lavadoras y dos secadoras de ropa. Su funcionamiento ya no es óptimo y eso obliga a que los pacientes que requieren de hospitalización lleven su propia ropa de cama.

En 1996, 5.940 personas fueron hospitalizadas con un promedio de doce días de permanencia. El área más congestionada fue la de gineco-obstetricia, con 2.936 casos de ingresos, seguida por pediatría con 1.011.

Hubo 28.309 consultas externas. Pediatría fue la más concurrida: 7.527 casos. El promedio diario de consultas es 129; pero hay quejas. Una mujer de 45 años esperaba el martes pasado frente a cardiología. "Vine a las cuatro y media de la mañana y me dieron turno número siete". A las 11h00 aún no era atendida. "El doctor se fue a las 10h00".

En pediatría, una mujer de 26 años esperaba impaciente al doctor para que viera a su hijo de ocho meses con síntomas de infección bucal. "También vine ayer, pero el médico no llegó".

No obstante, Rodríguez defiende el cumplimiento de su personal médico, "que se esfuerza en su trabajo no obstante lo desmotivante de las remuneraciones".

Las emergencias llegaron a 11.582 el año anterior; nuevamente, los más frecuentes fueron en Pediatría: 3.723 casos.

El hospital tiene 4.000 metros cuadrados. Faltan dos alas para la atención de traumatología y quemados. Una edificación antigua, contigua, dice "Farmacia Megrame" en su fachada. Pero la farmacia funciona en la primera planta. Según el administrador, Angel Cárdenas, el presupuesto anual para compra de medicinas es de 130 millones de sucres.

17.3.22 HOSPITALES DEL IESS SIGUEN INCONCLUSOS

La construcción de nueve hospitales del Iess sigue inconclusa porque la entidad no puede financiar el 12.4 por ciento restante del valor total de la obras, según el director médico Víctor Romero Aguayo.

Romero señala además, que hasta el momento se han invertido más de 235 mil millones de sucres en la construcción y equipamiento de los hospitales de Riobamba, Portoviejo, Ibarra, Latacunga, Cuenca, Ambato, Manta, Guaranda y Milagro.

Además informó que una vez que se concluyan las obras en estas unidades médicas está

programada la autogestión, a través de la venta de servicios a entidades privadas y al público en general.

Los nuevos centros de salud tendrán una capacidad hospitalaria de 1.545 camas. El costo promedio por cada cama es de 80 mil dólares, correspondiente el 60 por ciento a infraestructura y el 40 por ciento restante a equipamiento.

17.3.23 COBRO EN HOSPITALES:

El anuncio de las autoridades de salud sobre el cobro de los servicios hospitalarios, contrasta con la pobreza de que se queja la población.

Las presiones económicas contra la población contradice el mandato constitucional que garantiza seguridad, educación, salud, como parte de los compromisos del Estado.

Un país rico en recursos naturales no puede ser víctima de programas que encarecen sistemáticamente la vida, sometiéndole a una tortura cotidiana.

Un día son las matrículas, las pensiones y los útiles escolares para hacer de la educación un lujo costoso.

Otro día es el aumento en el precio del gas, con decretos diferidos (por falta de reglamento y publicación en el Registro Oficial) el que aviva la especulación y afecta los presupuestos familiares con la indolente alternativa de volver a cocinar con leña.

Ahora se trata de un anuncio del cobro en los hospitales, con lo que el Estado está transfiriendo su obligación constitucional al bolsillo de la malnutrida población.

Parece que los ciudadanos solo tendrán que ganar para pagar al Estado, porque los sueldos no alcanzan.

Alguien debe tomar cuentas de los presupuestos nacionales para descubrir hacia dónde se dirige el dinero y la riqueza del país, mientras la población se siente exprimida económicamente.

Las ofertas de campaña no incluían este incremento insensible en el costo de la vida, ni la privatización de todos los servicios.

Si no es bueno un Estado paternalista, mucho menos lo es un Gobierno opresor.

¿Cómo será el Gobierno para los pobres?

17.3.24 POLEMICA EN HOSPITALES:

Qué es primero? Cobrar los servicios o rehabilitar los hospitales?, son interrogantes de los usuarios ante la decisión del gobierno de cobrar por los servicios que reciben en los hospitales públicos.

Bajo la idea de que hay que terminar con el paternalismo y porque también los hospitales necesitan una pequeña aportación, parecería a primera vista algo bueno que cobren un porcentaje; sin embargo, por la atención y la infraestructura de éstos, pagar por este servicio no es conveniente.

Reacciones

El anuncio del Ministro de Salud, Marcelo Cruz, de que la atención en todos los hospitales estatales debe ser cobrado, causó reacciones en los habitantes de las provincias del litoral.

En la Costa, la mayoría adolecen de serios problemas: no hay presupuesto, equipos, medicinas, las herramientas que se utilizan son obsoletas, los salarios de los trabajadores son bajos, etc.

Así por ejemplo, en los principales hospitales del puerto, el del Niño y el Guayaquil, los pacientes deben llevar los implementos. so pena de que no sean atendidos.

Puesto que es la gente que no posee las más elementales condiciones económicas y los que habitan en las zonas rurales las que ocupan los hospitales regentados por el Ministerio de Salud, esta medida es un nuevo golpe a la economía de los ecuatorianos, dijeron varios guayaquileños consultados

17.3.25 ¿QUIEN SALVA A LA MATERNIDAD?

En 1996 nacieron en la Maternidad Isidro Ayora de Quito, 12.435 niños. Sus madres hicieron cola acomodadas de dos en dos, o de más en más, en las camillas del Centro Obstétrico, hasta que se desocupen las escasas camas de hospitalización.

Con la oferta del ministro de Salud, Marcelo Cruz, de gestionar personalmente la entrega de 300 millones de sucres en la semana que corre y otros 320 millones para el mes entrante, el Frente de Defensa de la Maternidad, levantó el paro que mantuvo cerradas las puertas de Consulta Externa durante cuatro días de la semana pasada.

El Frente lo conforman todos los profesionales, administrativos y trabajadores de ese centro de salud quienes, según la obstetriz Alida Silva, optaron por cerrar porque no había absolutamente nada para trabajar".

Esas cantidades servirán, según el director Marcelo Dávalos, exclusivamente, para pagar las deudas a las casas farmacéuticas proveedoras y abrir nuevas líneas de crédito hasta que empiecen a llegar las alícuotas del presupuesto del nuevo año.

Las deudas quedarán pagadas, pero la casa donde ven la primera luz, 64 de cada 100 niños que nacen en Quito arrastrará un déficit presupuestario que le impide tener condiciones

para brindar seguridad y atención de calidad a madres y niños. Cada fin de año, el cierre podría repetirse. Hace 12 años empezó a construirse el área de cuidados intensivos. Ningún Gobierno ha incluido en el presupuesto lo necesario para terminar la obra y el área permanece cerrada. Alrededor de 200 niños, cada año, requieren de la unidad de ventilación de cuidados intensivos para sobrevivir, según un estudio realizado de mayo de 1992 a mayo de 1993 por el neonatólogo de la Maternidad Aníbal Arias. Esta es la única institución que no tiene unidad ventilatoria.

Según Arias, el índice de mortalidad de los recién nacidos es una indicación de como se está atendiendo en los centros gineco obstétricos. El de esta casa de salud es del 20,2 por mil, mientras que el reporte de otras instituciones es menor a 10 por mil. Es una tasa peligrosa, especialmente si se mantiene por varios años y con 1996 ya van dos.

Este centro de salud tiene un índice ocupacional que rebasa los límites de peligrosidad, del 128 por ciento. Lo recomendable es entre el 70 y 80 por ciento. El servicio de neonatología tampoco da alimentación parenteral (por la vena), no se determina gases, electrolitos ni química sanguínea.

El servicio de imagenología (rayos X) cubre pocas horas en el día entre semana y desde hace mes y medio está parado. No se realiza exámenes bacteriológicos ni anatomopatológicos, los registros no son computarizados. En el transcurso de esta década se deterioraron algunos servicios.

Dos de cada diez niños nacidos allí ingresan a la sala de patología con algún problema de salud. Este es un indicador de las pobres condiciones socioeconómicas de las madres que acuden a la Maternidad. Y es una razón más para tenerla bien equipada y con el personal suficiente para aumentar la sobrevivencia de los recién nacidos y de las mujeres. Según Arias, el índice de mortalidad materna está alrededor del seis por 10 mil, mientras a nivel internacional el índice reportado es de 15 por cien mil.

Cuando en otros países desarrollados hay una enfermera por cada niño en sala de patología.

Por ejemplo en Puerto Rico, hay una por cada dos niños, en la Isidro Ayora hay dos enfermeras para cuarenta o cincuenta niños, agrega el jefe de pediatría, Fabián Vásconez. El sostiene que, si llegara abrirse cuidados intensivos haría falta personal, puesto que ahí los pacientes requieren vigilancia permanente.

Lo que se cobre no será suficiente

El cobro por el servicio, según los recursos de las pacientes, es la opción para cubrir parte del déficit. Para que la Ley de Maternidad Gratuita no sea obstáculo, Cruz ha autorizado que se cobre solo por los servicios de ginecología y laboratorio. Sin embargo, según Silva, el Ministro considera posible cobrar por los "extras". Cruz también habría ofrecido autorizar la atención solo al cien por ciento de la capacidad. Otros hospitales tendrán que cubrir la restante demanda.

En las áreas de ginecología y laboratorio ya se venía cobrando por el servicio desde 1996 pero, según Dávalos, habrá que reajustar las tarifas, porque las actuales no alcanzan a cubrir los costos. "De todas maneras no serán los precios de una clinica privada".

Dávalos cree que el 90 por ciento de las pacientes estaría en posibilidades de hacer un aporte. Asegura que los recursos recuperados no serán deducidos del presupuesto del Ministerio.

Pero, ¿cómo se va a cobrar por una atención sin calidad? Dávalos destaca que el Centro Obstétrico cuenta con un equipamiento de primera y puede entrar en competencia con las clínicas privadas. Se necesitan, áreas de hospitalización para lo cual se va a solicitar al programa Fasbase apoyo para readecuar todo el tercer piso que está cerrado.

Los niños mueren por falta de medios

En un estudio de la mortalidad infantil en la Maternidad Isidro Ayora, Arias sostiene que existe una relación entre la causa de muerte de los niños nacidos allí y la atención que esa casa logra ofrecer.

Del total de muertes neonatales registradas entre mayo de 1992 y mayo de 1993, se encontró que el 73.7 por ciento de niños fallece en los primeros tres días y son los que necesitaron cuidados intensivos que este hospital no le puede brindar.

El enfriamiento en el 25.2 por ciento de los fallecimientos se relaciona a que la Maternidad no dispone de adecuada calefacción en la sala de partos, pasillos y sala de puerperas.

17.3.26 COGESTION PARA FINANCIAR HOSPITALES:

La falta de presupuesto de los hospitales ecuatorianos es un mal crónico, por esta razón el ministro de Salud, Marcelo Cruz, propuso en agosto de 1996 entrar en un proceso de cogestión administrativa estratégica múltiple.

El proyecto de cogestión administrativa, dijo el titular de Salud, debe darse entre el Ministerio de Salud y varias instancias de la sociedad civil que pueden ser los propios empleados de la institución, entidades comunitarias, municipios, universidades y la medicina indígena.

El ministro Marcelo Cruz, dijo que solo ocho hospitales han entrado a la cogestión: Teófilo Dávila, de Machala; Vicente Corral Moscoso, de Cuenca; hospital, de Azogues; hospital civil de Chone; hospital policlínica, de Riobamba; Salinas, La Libertad y Manglaralto.

Agregó que "si revisamos esos hospitales, ninguno tiene problemas, porque como desde hace 5 meses han estado realizando la cogestión administrativa y recuperación de costos, entonces tienen los fondos necesarios para no dejar de funcionar".

Ley de Maternidad no se cumple

Por otro lado, el ministro Cruz recordó que la Ley de Maternidad Gratuita debía obligar al Ministerio de Finanzas que transfiera el 3 por ciento del impuesto, pero ni en 1995 ni en

1996 transfirió esos fondos. Además, esta Ley dice que solo el acto médico de la consulta prenatal, parto y puerperio, son gratuitos.

De tal manera, pidió que se cumpla con lo que dice la Ley de Maternidad Gratuita y agregó que hay que recuperar los costos de los insumos que se gastan para que la consulta prenatal, parto y puerperio puedan ser realmente gratuitos.

El funcionario advirtió que lo que está ocurriendo en los hospitales públicos, sobre todo las maternidades, es que le dicen al paciente que el hospital es gratis, que no le cobran ni un sucre, pero le dan la lista para que compre los insumos necesarios y recibir la atención del parto.

La paciente paga en la farmacia particular por la medicina tres o cuatro veces más de lo que podría pagar si un comité de desarrollo institucional dentro de la institución, manejado, coordinado y cogestionado por el Estado podría dar medicinas y cobrarlas, manifestó Cruz.

Subvención solo para indigentes

El Ministro de Salud indicó que el actual gobierno dará atención médica y medicinas e insumos gratuitos para los indigentes, para los extremadamente pobres que son aproximadamente unas 400 mil familias, tras sostener que actualmente "estamos subvencionado a los que tienen plata".

Vamos a subvencionar solo a los indigentes, insistió, vamos a darles una tarjeta para que acudan a obtener los servicios gratuitos y los hospitales que atiendan a los indigentes facturarán al Fondo Nacional de Salud del Ministerio, que será creado con contribuciones especiales y el Ministerio pagará a la institución por lo pobres, agregó.

Además, indicó que el Ministerio de Salud firmó un convenio con el gobierno japonés por 6 millones de dólares para modernizar la maternidad Isidro Ayora.

Los 100 mil millones de sucres con que será creado el Fondo Nacional de Salud, van a salir de la actualización de las tasas de funcionamiento sanitario de los restaurantes, hoteles, bares y moteles. No estamos creando impuestos, estamos actualizando una tasa, aclaró el ministro de Salud, Marcelo Cruz.

17.3.27 PUBLICO DEBERA PAGAR POR SU SALUD

Algunas reformas serán implantadas este año en el sector público, entre ellas se incluye la salud, cuyos centros hospitalarios regentados empezarán a cobrar por la atención que brindan.

La decisión del Gobierno autoriza la creación de unidades con personería jurídica propia, donde pueden pedir donaciones voluntarias o solicitar el resarcimiento de los costos en los que se incurre cuando se presta un servicio médico.

Pese a la serie de cuestionamientos que ha generado el anuncio, el Ministro de Salud, Dr. Marcelo Cruz, insistió que todo el sistema hospitalario público deberá generar sus propias rentas, pues se "ha terminado el paternalismo del Estado".

Cruz insistió en que el programa permitirá, en poco tiempo, la modernización hospitalaria por medio de la cogestión; es decir, un plan múltiple que reconoce varios modelos donde han participado miembros de varias instituciones públicas, municipios, universidades y organizaciones indígenas.

Destacó que se propuso este modelo de cambio, porque permitirá, en pocos meses, terminar con el desfinanciamiento de los hospitales, donde muchas veces, a mediados de año, estos ya no contaban con el presupuesto que anualmente le envía el Estado.

"Existe falta de credibilidad a nuestra propuesta, cuando se pensaba incluso que el Ministro duraría uno o dos meses, ahora estamos seguros que con la autogestión los hospitales saldrán adelante". acotó Cruz.

Sin embargo dijo, pese a las adversidades, actualmente cuatro hospitales del País entre ellos el Teófilo Dávila de Machala, Vicente Serrano de Cuenca, policlínicas de Riobamba y Tulcán, están haciendo la cooperación de costo, suscripción administrativa y les va muy bien.

En este sentido, aseguró que los fondos que actualmente están siendo recaudados mediante este mecanismo son depositados directamente en una cuenta de la localidad, autorizados por un Acuerdo Ministerial de Finanzas dictado el 11 de octubre de 1996, donde las necesidades del Estado quedan a cargo de la autogestión.

Mencionó que este nuevo modelo servirá para dotar de recursos a las casas de salud, pero aquellas personas que no tengan para la consulta no pagarán, pues los casos los analizará una trabajadora social, quien comprobará las condiciones económicas del paciente hospitalario.

Servirá también para que los hospitales que necesitan de instrumentos puedan adquirirlos con facilidad; la falta de implementos es una realidad que se vive a diario en todas las casas de salud, agregó.

En este sentido, indicó que para los días 18 y 24 de este mes están citados los directores de las unidades hospitalarias del Ministerio, por el Director Provincial, a fin de ajustar los detalles necesarios de este programa.

Finalmente, el director de Salud del Guayas, Víctor Bustamante Guevara, anunció que como primer paso a la modernización hospitalaria se ha logrado ampliar el número de profesionales.

Federación médica en desacuerdo

En total desacuerdo se pronunció ayer el Dr. Edgar Montalvo Mendoza, presidente de la

Federación Médica Ecuatoriana, al anuncio de que se cobrará por la atención en los diferentes hospitales regentados por el Ministerio de Salud Pública.

"Lo que el Gobierno pretende es quitarse la responsabilidad de brindar un mejor servicio a la ciudadanía, cuando es responsabilidad del Estado velar por la salud de los ecuatorianos", reiteró Montalvo.

En cuanto a la forma de obtener los recursos mediante la autogestión, manifestó que ésta no es la más adecuada, pues si se pretende formar un comité integrado por los propios directores de los hospitales, quién los fiscalizará y controlará para que el destino del dinero sea el correcto.

Insistió que con esta medida de cobrar los servicios utilizados, los más perjudicados serán los pobres que son la mayoría de los ecuatorianos, quienes no tendrán como pagar las consultas.

"El Ministerio de Salud pretende hacer creer que la autogestión es la solución para mejorar la salud en el País, cuando esta ha sido un fracaso en el campo de la educación" puntualizó.

Ciudadanía inconforme con decisión

La ciudadanía que cataloga la medida como un nuevo golpe para la economía de los ecuatorianos, que no se justifica porque el servicio deja mucho que desear.

Al parecer el mal servicio no será la única dificultad que diariamente tendrán miles de enfermos en los hospitales, cuando se prevé que las casas asistenciales generen sus propias rentas y los pacientes paguen por los servicios que reciben.

"Creo una injusticia que las autoridades de salud cobren por la atención cuando es obligación del Estado brindarla, la mayoría de los ecuatorianos es pobre, que va a pasar cuando solicitemos una consulta y nuestros familiares no tengan para el ingreso y peor aún

para las medicinas", con preocupación manifestó Rosa Martínez, que ayer se encontraba con su hija en el hospital de Niños "Francisco Icaza Bustamante".

La mayoría de los entrevistados estuvieron en desacuerdo con esta medida; mientras que los menos pesimistas consideraron que se debe cobrar una cantidad moderada, pero que sea de acuerdo con el servicio, pues esperan que con el cobro se brinde una mejor atención.

Mientras tanto, aquellos que dicen no tener como pagar la atención médica esperan que esta resolución sea revisada.

17.3.28 TODO SE COBRA:

El Ministerio de Salud Pública ha puesto en marcha el Plan Piloto de Modernización de la Red de Servicios en cada provincia. El primer paso es la creación del Comité de Desarrollo y Cogestión Interinstitucional con participación comunitaria.

El Comité manejará todos los ingresos que generen y determinará las tarifas que cobrarán los hospitales estatales a los habitantes, de acuerdo al reglamento del Ministerio de Salud que normará procedimientos, auditorías y trámites con otras instituciones.

Las tarifas serán independientes entre los 125 hospitales que tiene el país, ya que cada comité tendrá su personería jurídica.

Para los pobres, el pago por los servicios en hospitales y centros de salud públicos, en vez del subsidio estatal o la atención gratuita, es un doloroso sacrificio. En cambio, para los expertos en salud es el mejor camino escogido para sacar de la crisis financiera al sector.

Este es un proceso desarrollado a nivel regional; es la alternativa ante el escaso presupuesto destinado a la salud, según expresa el Dr. Agustín Caballas, Director General del Ministerio de Salud.

Los que entraron

Manglaralto, La Libertad, Chone, Machala, Guaranda, y Salinas son las ciudades con hospitales ingresados al programa de la cogestión administrativa, siendo el último el mejor ejemplo que hasta el momento se desarrolla.

Los trabajadores se verán beneficiados económicamente debido a que les será retribuido entre el 10 y 20

de lo que ingrese en cada unidad. Trabajadores, empleados y profesionales se sienten satisfechos con el nuevo programa.

Expectativa

Los pacientes que acuden a las casas de salud temen que los cobros sean similares al de las clínicas privadas; sin embargo, estarían dispuestos a pagar, siempre que mejoren los servicios y sean atendidos de manera más humanitaria.

17.3.29 MINISTRO DE SALUD RATIFICARA CONVENIO COGESTION HOSPITALES:

CHONE, Manabí.- El Ministro de Salud Pública, Dr. Marcelo Cruz, ratificará el convenio de Cogestión Hospitalaria suscrito el cuatro de noviembre del año pasado entre esta secretaría de Estado y la municipalidad de Chone.

El Nuevo Hospital Civil de esta ciudad será uno de los primeros que entrará en el plan de cogestión hospitalaria sin que esto signifique un cobro adicional por servicios al público que concurra en busca de atención a su salud.

ZAMORA.- El Director de Salud de Zamora Chinchipe, Dr. Manuel Iñiguez, frente a la inclusión de la provincia al decreto de emergencia sanitaria dictado por el Gobierno,

informó que la situación en lo que se refiere a las enfermedades transmisibles está bajo control.

El funcionario señaló que, según estadísticas no se han registrado casos de dengue desde el año 1990, ni de fiebre amarilla durante los dos últimos años. Sin embargo manifestó, ha existido un repunte en los casos de malaria, de 28 en 1995 a 90 casos en 1996; así como de cólera que en 1995 no se registró ningún caso y en 1996 se registraron 19.

17.3.30 IESS SE AUTOFINANCIA:

Con una inversión que sobrepasa los 23 mil millones de sucres, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) ha iniciado la construcción y equipamiento de los hospitales de Riobamba, Ibarra, Portoviejo, Latacunga, Cuenca, Ambato, Manta, Guaranda y Milagro. Las unidades aplicarán un sistema de autogestión, seguro un vocero de la institución. Informó que aún se requiere financiar el 12,4 por ciento del dinero requerido para concluir estas obras.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS, invirtió más de 235 mil millones de sucres, en la construcción y equipamiento de los hospitales de las ciudades de Riobamba, Portoviejo, Ibarra, Latacunga, Cuenca, Ambato, Manta, Guaranda y Milagro.

Para que los hospitales entren en funcionamiento en su plena capacidad, falta realizar una inversión del 12,4

con lo cual estarían listos para brindar asistencia médica especializada con tecnología de punta a los miles de afiliados y beneficiarios que cotizan en el IESS.

En estas unidades médicas está programada la autogestión, a través de la venta de servicios a entidades privadas y al público en general.

Los nuevos centros de salud tendrán una capacidad hospitalaria del 1.545 camas y su costo promedio por cada uno es de 80 mil dólares, correspondiendo el 60 a infraestructura y el 40 restante al equipamiento.

17.3.31 DOS CARAS Y UNA MISMA MONEDA:

Las recientes decisiones de funcionarios de la administración Bucaram en dos áreas: salud y educación son una muestra de las contradicciones intrínsecas del régimen, que parecen evidenciar que su objetivo no es el bien común, sino responder a intereses no se sabe de qué laya.

El Ministerio de Educación, por obra de su titular, resolvió prohibir a los planteles fiscales la recepción de cualquier aporte proveniente de padres de familia y estudiantes. Simultáneamente, el Ministerio de Salud ordenó el cobro de los servicios que prestan los hospitales públicos.

En el primer caso, los donativos, contribuciones y cuotas responden a la expresa voluntad de los usuarios, frente a la histórica desatención estatal al sector educativo. Con esto, que constituiría una política de autogestión, muchos establecimientos pudieron solucionar problemas de infraestructura elemental, como reparar goteras y cubrir el pago de profesorado.

Los recursos económicos que el Estado destina a esta área no satisfacen las inmensas necesidades, de todo orden, de la educación ecuatoriana.

Sin embargo, esa iniciativa alejada del paternalismo es cuestionada en el campo educativo. Pese a ello, el Ministerio de Salud pretende imponerla en sus servicios.

Años atrás, el Ministerio de Salud estableció el cobro de ciertos rubros, por la disminuida capacidad económica de los centros estatales e impedir su cierre. No todos los pacientes quedaron contentos, pero finalmente aceptaron tal hecho.

Otro gobierno reinstauró la supuesta gratuidad en la atención de salud y ello aceleró su deterioro. Todos quienes acudían a servicios públicos sabían que debían adquirir los insumos y medicamentos para ser atendidos.

Ahora, nuevamente se oficializa el cobro que, en esencia, estaría bien. Pero se lo decide justamente en un momento cuando las economías populares, es decir de la mayor parte de la población ecuatoriana, se hallan al borde del colapso.

Por principio la autogestión es positiva. ¿Por qué entonces, rechazarla y pretender eliminarla del sector educativo, donde está legitimada y tiene consenso?

"La razón natural no pide fuerza" decía con cierta picardía mi abuela, cuando observaba algún absurdo demasiado evidente.

La medida del Ministerio de Educación bien podría ser vista como dirigida a disminuir las posibilidades de acción del profesorado fiscal, a cuya totalidad el bucamato le atribuye sintonía con el Movimiento Popular Democrático.

Aunque ello fuera cierto, el régimen no tendría asidero para intentar asfixiar la educación pública, que es a la única a la que tiene acceso la mayoría de la niñez y juventud ecuatorianas.

17.3.32 HOSPITALES DEL IESS SE MODERNIZARAN:

Los hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) entrarán en una etapa de modernización, luego que el Consejo Superior de la institución adoptó varias resoluciones a fin de ejecutar la propuesta planteada por el consorcio hospitalario de Cataluña, según informó el director nacional del IESS, Ing. Alfredo Arévalo.

La entidad auspiciadora de los estudios sobre la modernización de los hospitales es el

Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

La implantación de esta propuesta estará a cargo del Director General y Nacional Médico Social y podría ser iniciada en el hospital Andrade Marín de Quito o en el Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil, aseguró.

El proyecto ejecutado cubre tres áreas, la reestructuración del IESS para abordar la descentralización y la autonomización de los servicios de salud; el hospital en el conjunto del sistema sanitario; y, la modernización de la gestión hospitalaria.

17.3.33 AZOGUES: UN EJEMPLO DE ATENCION COMPARTIDA:

Tres años de autogestión son una experiencia positiva en el hospital Homero Castanier, de Azogues. Los pacientes pagan lo indispensable, pero si son indigentes reciben atención gratuita.

En 1996 fueron atendidas 23.924 consultas y se internaron 4.530 pacientes, que aportaron 228'689.000 sucres, para financiar el 29.5 del funcionamiento de la casa de salud.

Este hospital atiende también a los afiliados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la provincia del Cañar; en 1996 se obtuvo el 28,2 de los ingresos totales por autogestión hospitalaria.

La utilidad permite dar atención de buena calidad y adquirir equipos y medicinas necesarias para todas las especialidades, según Víctor Manuel Crespo quien dirige el hospital desde hace 15 años.

Los ingresos provienen principalmente de exámenes de laboratorio, radiografías, electrocardiografías y ecosonografías. La autogestión abarata costos a los usuarios.

El perfeccionamiento de la autogestión involucraría extender los costos al uso de

determinados materiales, mejorar la capacidad resolutive y ampliar la gratuidad a sectores sociales de escasos recursos, previa recomendación del Departamento de Trabajo Social.

17.3.34 RIGUROSIDAD TECNOCRÁTICA: LA SALUD:

Ha terminado el paternalismo de Estado, anuncia el Ministro de Salud (EL UNIVERSO, Ene. 12/97) para advertir a los pobres del país que todo el sistema hospitalario público deberá generar sus propias rentas cobrando por la atención que presten. La decisión política, indudable, proviene de las ideas de querer poner una economía agónica, desgastada y recesiva a punto de fusión para ajustarla y reajustarla sin racionalidad, a una de precios reales, con el afán de cubrir el déficit presupuestario, que aún está sin solución ya entrado el presente año.

Si llega a operar la política económica de salud que se presagia, la inflación - presión y efecto inflacionarios- reducirá ostensible y visiblemente la capacidad de subsistencia de los pobres de nuestra sociedad. Los costos médicos y de hospitalización son tan altos en comparación al magro ingreso de la población afectada, que vendrá a ser un doble deterioro en el mercado social. Se presentará un doble efecto: habrá que pagar por la atención a la salud, preventiva o curativa, y por el aumento de los impuestos y la especulación.

¿A dónde van a parar los recursos que generan los subsidios que se eliminan y se quitan al cuidado de la salud del pobre? La pregunta tiene importancia y la respuesta es crucial, porque en el mercado social; lo que se quita a uno beneficia a otro, y viceversa. ¿A los ricos? ¿A los expendedores de fármacos? ¿A las clínicas y hospitales privados? Piénsenlo bien los autores de los precios reales. El interés del gobierno, fácilmente se lo advierte, está en el tema económico; casi nada en lo social, como se demuestra en la minimización de doña Rosalía, la Vicepresidenta; y en la de la Ministra de Educación que permanece de guardia permanente y portalón cerrado para sus gestiones de desarrollo.

El paternalismo como sistema tutelar de economía de Estado, es inconveniente, porque los grupos de presión la utilizan para su provecho. El paternalismo como sistema en una

economía en desarrollo podría justificarse en tiempo y en alcance como cuestión general y precedera en tanto las fuerzas del mercado no entrechoquen e impidan que el producto social - en este caso la salud de los pobres- que no solo se limita a los hospitales, sino que vaya más allá: campaña del cigarrillo, prevención del abuso de drogas, nutrición, aptitud física,

etc.. Hay que defender el activo humano y no dejar la economía del sector de la salud del más pobre librada a las fuerzas de mercado.

Que los autores de las genialidades de suprimir el aporte presupuestario a la salud sepan que tendrá igual o peor efecto que los efectos devaluatorios de la moneda, que el aumento en los precios de los combustibles, y del gradualismo en otros factores, que impedirán el desarrollo de la socioeconomía ecuatoriana.

17.3.35 SUBEN TASAS EN AREAS DE SALUD Y FERROVIARIA:

El Gobierno nacional autorizó el incremento de las tasas por control sanitario y permisos de financiamiento, así como también de los pasajes y carga del transporte ferroviario.

En el primer caso, las recaudaciones servirán para autofinanciar el funcionamiento de las diferentes direcciones, departamentos y servicios del Ministerio de Salud, conforme señala el Acuerdo 001078 dictaminado por el Ministro Marcelo Cruz.

Se pagarán 100 mil sucres por el registro de títulos de especialistas, inscripción de títulos profesionales, registro de visitantes a médicos, certificaciones de firma, certificaciones de registro de títulos, diplomas o certificados, certificación de vigencia y exclusividad de registro sanitario, permiso de importación de medicamentos, alimentos, cosméticos, productos higiénicos, perfumes, plaguicidas, equipos y materiales de uso médico quirúrgico, certificados de venta libre de medicamentos.

Pagarán 75 mil sucres el registro de diplomas o certificados de auxiliares de enfermería,

odontología, farmacia y mecánica dental.

17.3.36 BARRIOS, PRIMERO A PLANIFICAR:

La experiencia en el barrio La Pulida les dejó una enseñanza. En el sector alto el asfalto en frío solo duró la emotividad de la campaña. Hoy la calle principal está abierta tras la llegada de las tuberías con el agua potable.

Los barrio del noroccidente, donde viven 60 mil personas, arriba de la Occidental, buscan ahora una planificación que les permita ir a paso lento pero realizando trabajos prioritarios.

Por este motivo está en marcha un proyecto para 550 niños de cinco barrios. Es parte de una iniciativa de la Federación de Barrios del Noroccidente con el apoyo del Plan Integral, una fundación que agrupa a países europeos. Se trata de que los niños - por medio de sus talleres u horas recreacionales - cuenten sus experiencias. A partir de este trabajo se planifica las acciones vitales para el barrio.

En sus dibujos aparecen reiteradamente situaciones de maltrato infantil. Tras este primer bosquejo de la situación la respuesta es inmediata: una escuela para padres. Así lo explica Roberto Morales coordinador de este proyecto.

Los convenios para ayuda a los barrios permite que los niños aprender a expresar su situación a través de la pintura, los títeres, dinámicas para perder el miedo, aprenden cuentos y los leen, se van de paseo, entre otras cosas.

El proyecto inició en junio del año pasado, en un sector donde viven 1.300 familias. También incluye los barrios Osorio, La Primavera y Arnero, en estos tres tampoco hay un espacio para la recreación. El objetivo es, en una segunda etapa, incluir a cuatro barrios más del noroccidente, para trabajar por lo menos con mil niños.

No muy lejos de allí, en barrio Vista Hermosa, la lluvia ya pasó y 50 niños, de menos seis

años a 12, dejan de escampar en una casa de ladrillo a medio construir (sin ventanas, ni puertas y parte del techo).

Es la casa barrial, levantada en mingas por las 180 familias que viven a más de 2.800 metros de altura, en la zona de protección del Pichincha. Les falta más de un millón 500 mil sucres para concluirarla.

Por este motivo la infraestructura es la otra vertiente. Aquí el costo de los materiales de construcción y equipamiento depende del Plan Internacional, pero la mano de obra corre a cuenta de los moradores. Pero hay otras iniciativas: en Arnero, los moradores compraron un lote de 500 metros cuadrados, a seis millones de sucres. Allí se construirán una guardería, una biblioteca y un área comunal.

Los cinco barrios se conforman de cerca de mil familias. Por lo menos el 30 por ciento constituye la población infantil. Roberto Morales, coordinador general del proyecto y miembro de la Federación de barrios del Noroccidente, sabe del trabajo infantil: ellos muestran que el alcoholismo de los adultos es un problema y buscan salidas.

A más de otras necesidades, que son similares en los 41 barrios del noroccidente, en donde habitan hasta 60 mil moradores, en 14 kilómetros: la falta de transporte, caminos de tierra, no hay alcantarillado, la luz eléctrica es compartida con otros barrios. Pero aquellos barrios que sobrepasan la cota 3.100 no cuentan con ningún tipo de infraestructura como es el caso de Agrícola del Pichincha que está hasta 3.800 metros.

Para Xavier Alvarado, coordinador general de la Federación de Barrios Populares del Noroccidente, la idea de la planificación es mejorar las condiciones de vida con el mejor aprovechamiento de los pocos recursos.

Para Martha Rodríguez presidenta de este organismo la idea es dar soluciones a los problemas aunque - como en el caso de La Primavera- las prioridades de los nuevos dirigentes sean otras. Sin embargo, en el sector se trabaja en talleres sobre problemáticas

como delincuencia, salud o equipamiento escolar.

Para esto se buscan convenios. Así, en la Roldós se consiguió - con el apoyo de la fundación Enlace- financiamiento de cuatro millones de sucres para mejoramientos de las viviendas.

En el mismo sector, por 10 millones, se restauraron las canchas de basquetbol y los juegos infantiles.

Sin embargo hay un problema que está pendiente: la situación de fragilidad al estar en las laderas del Pichincha.

Rodríguez tiene una preocupación: los moradores no están preparados para una eventual evacuación. Esto se produce porque no hay una concientización. La quebrada de Ana María y San Fernando fue taponada.

Pero el problema, al parecer, no es solo de la comunidad. Los estudios sobre impacto de las laderas del Pichincha que se han realizado aún no llega a este sector de estudio.

17.3.37 UN MINISTRO NEUROLOGO:

Una mancha más no hace al tigre, dice el adagio popular; sin embargo cada paso y cada decisión de nuestro Ministro de Salud es una nueva mancha y una peligrosa manifestación de la contaminación total del sistema político social ecuatoriano que de tumbo en tumbo y, a través de sus acciones, nos deja perplejos e intrigados sobre el "mal de ojos" que padece el sistema impuesto por el gobierno de los pobres, de los pobres ecuatorianos que estamos llegando al límite de la tolerancia ante tanta improvisación, acomodamiento injurias, contradicciones y desorganización.

Cuando el ministro Cruz recién descubre que el cobro a la asistencia médica en los hospitales del Estado es la solución al crónico desfinanciamiento de los mismos y propone

romper la gratuidad de la atención con a aplicación de nuevas tarifas; la convertibilidad y el paquetazo hacen de su propuesta un absurdo. El olvida

que la medicina gratuita fue una contribución del pensamiento del difunto presidente Roldós, cuñado del Excelentísimo en el gobierno del populismo ilustrado; olvida también que desde hace mucho tiempo atrás, la atención gratuita es una mentira oficial que, al proponer los nuevos cobros, la Vicepresidenta, en sus tímidas arremetidas contra el Gobierno, podría utilizar sus escasas influencias para que el Primer Mandatario regule y ella intente resarcirse, al menos en parte, del tibio y penoso papel que en el área social le han permitido jugar al que contribuyó con tres ministros.

La verdad es que el Ministro no ha estado dentro de un hospital desde hace muchos años; esa es la verdad, no sabe de la realidad de los pobres hospitales del Estado, no sabe de la pobreza de los ecuatorianos severamente golpeados por las medidas pre-convertibilidad y la precaria situación del país; no tiene nada nuevo que ofrecer a nuestro sistema sanitario obsoleto y caótico; no tiene apoyo del propio gobierno que le ha castigado con el presupuesto más bajo de la historia republicana; no tiene entrada en los organismos internacionales que sufrieron sus embates antes de la posesión en la cartera ni puede estar seguro de que se mantendrá en el cargo que le otorgara su antigua amiga Rosalía ni puede contar con la ratificación del Presidente.

Más aún, con entusiasmo inusual algunos de sus asesores más importantes ya estuvieron colaborando en el gobierno pasado; precisamente los que desde el CONAM propiciaron la privatización del servicio médico del IESS, y ahora auspician el nuevo seguro de salud para los pobres y la "cogestión" hospitalaria; es decir, quienes antes no creían en los sistemas de seguridad social ahora proponen un sistema similar, manejado por el Ministerio más pobre del gabinete y el Ministro solo tiene que confiar en esas propuestas ya que el resto, es decir su apoyo a la "abdaleche", ahora de capa caída; la oferta de la canasta de "medicamentos" básicos, ahora en suspenso y, su antiguo proyecto de desparasitación con medicamentos, ahora escondido, han resultado ser tibios e inconsistentes.

Se desenmascara la absoluta falta de planes sociales, se acentúa el síndrome de desorganización y caos, se rompe el diálogo con los gremios, se sigue insistiendo en declaraciones inconsistentes y se contribuye en forma positiva al desprestigio general de un gobierno que en tan corto tiempo ha logrado consolidar una oposición generalizada; sin embargo, si todavía hay vestigios de esperanza en el sector y antes de que se derrumbe el sistema y se desintegre la democracia, el Ministro de Salud, hombre de algunos talentos, debería volver a su redil, a su medicina privada, para realizar desde allí una evaluación completa que incluya tomografía axial computada, electroencefalograma y resonancia magnética nuclear de la salud del pueblo ecuatoriano.

17.3.38 DOS PUNTOS ESENCIALES:

Todos sabemos que el presupuesto asignado oficialmente a la educación en el país no es suficiente para llenar las necesidades de los centros educacionales en sus varios niveles primario, secundario y superior, en cuanto estos dependen del Estado. Se ofreció que el porcentaje presupuestario para educación sería aumentado, con el objeto de satisfacer los crecientes requerimientos de esos planteles, pero dicha oferta no se ha podido concretar.

Dadas las dificultades económicas de numerosas escuelas, los padres de familia, en forma voluntaria, han venido colaborando para la resolución de urgentes problemas, especialmente en lo que se refiere a las tareas de mantenimiento de locales, para lo cual no existe partida alguna en el presupuesto estatal. De esa manera se han podido solventar muchas de las necesidades escolares y son varios los planteles que han podido mejorar sus servicios con dicha contribución.

Mas, la prohibición de que se soliciten aquellas contribuciones deja a los centros educacionales en la imposibilidad de reparar cualquiera de los daños que inevitablemente se producen y que, como es natural, se van agudizando con el paso del tiempo al no ser les brindada ninguna atención.

Es cierto que, en algunos casos, determinados planteles han abusado de la contribución antedicha, pero el abuso podía ser denunciado a la Dirección Provincial de Educación para las sanciones correspondientes. La ayuda de los padres de familia sustituía al Estado en labores que obligatoriamente debía este cumplir.

En el terreno de la salud el problema es harto preocupante para las personas de ínfimos recursos, pues ahora deberán pagar por los servicios, nada eficientes, que reciban en los hospitales que sostiene el Estado. Mientras no existe austeridad alguna y se gastan miles de millones en una burocracia - que ha sido aumentada en centenares de personas imprevistas e inútiles, como ocurre en el IESS, en ECAPAG, en Petroecuador y en muchas otras entidades estatales- no hay como proveer a los hospitales de aquello que necesitan para ofrecer, al menos, una mediana atención a las clases populares carentes de recursos.

Estos puntos de vista deben ser debidamente considerados por los funcionarios gubernativos, dadas sus repercusiones en el pueblo ecuatoriano, señaladamente en los sectores económicamente menos favorecidos.

17.3.39 LA CRISIS DE LA SALUD:

Realmente es crítica la situación del sector de la salud pública por la carencia casi absoluta de recursos. Las casas de asistenciales, en su mayoría viven en permanente trance de cerrar sus puertas no solo por los paros del personal que labora en ellas sino por la falta absoluta de medicamentos e insumos. Los angustiosos llamamientos que se formulan desde su interior no encuentran eco en el Gobierno a tal punto que la salud se ha convertido en el área social desheredada que se desenvuelve en condiciones de extrema pobreza y crecientes necesidades.

Los hospitales han limitado sus actividades que es prácticamente imposible otorgar servicios a pacientes de reducida o ninguna capacidad económica. Lo que algo aportan en forma voluntaria apenas financia la adquisición de los materiales más elementales que

pronto se consumen.

El tratamiento de numerosos pacientes es inútil puesto que no tienen para comprar las medicinas que también alcanzan elevados costos.

Ahora es la maternidad Isidro Ayora la que sufre las consecuencias de la pobreza. Los niños mueren porque no se les brinda los cuidados intensivos que requieren. Uno de sus médicos afirma que "la tasa de mortalidad específica neonatal disminuiría si el hospital tuviera mejor tecnología para los tratamientos de morbilidad neonatal". Pero ni siquiera hay la suficiente necesidad física, lo que obliga a "acomodar" a las madres en las camas disponibles. Una realidad que no puede continuar.

Se ha ofrecido gestionar la entrega de asignaciones por 620 millones de sucres que servirían para pagar deudas a las casas farmacéuticas proveedoras y abrir nuevas líneas de crédito hasta que la historia se repita. La maternidad afronta un déficit presupuestario que obsta su eficiente funcionamiento que se traduce en seguridad y atención de calidad para madres y niños.

Otros países, se preocupan en primer término, por la salud porque una población enferma es un retroceso. Ningún programa puede emprenderse sino con personas sanas, aptas para los mejores rendimientos. Y el Ecuador está bastante atrasado.

17.3.40 ESMERALDAS: UN HOSPITAL EN COMA:

En medio de la crisis, en 1996 se atendió a 32.400 pacientes. La mayor parte de sus recursos se destina al pago de los 287 trabajadores.

El Hospital Delfina Torres de Concha entró en estado crítico. La aguda crisis financiera y administrativa es su mal mayor. Al momento tiene una deuda acumulada de 300 millones de sucres que lo acerca más al cierre que a la aplicación de un sistema de autogestión para su supervivencia.

Las cifras explican el problema. En 1996, se destinaron 300 millones de sucres al mes - en promedio- al pago de sueldos y salarios de 182 trabajadores y 105 empleados, entre ellos, 23 tratantes, 15 residentes, un anestesista y 15 enfermeras.

Los gastos corrientes contrastan con los de operación, de un promedio 30 millones de sucres que son utilizados para la compra de insumos médicos, gas, oxígeno, alimentación, el pago de planillas de agua potable, luz y teléfono...

Y esa diferencia va en aumento lo advierte Cesar Holguín, director general. Por eso no ve otro camino que la autogestión para cerrar esa brecha. Desde hace 8 meses se cobra dos mil sucres por consulta externa. Esos recursos son administrados por la Fundación Salud y Vida integrada por los médicos de la institución.

Pero hasta este momento no se ha encontrado otro mecanismo de autogestión. La opción inicial es el cobro a los usuarios por todos los servicios hospitalarios. No obstante, esa fórmula enfrenta una verdad: los ingresos serían insuficientes.

Según los cálculos que se manejan en este centro de salud, alrededor de un 70 por ciento de los pacientes que acude al hospital es considerado indigente. Es decir, no está en condiciones de pagar por los servicios de quirófano, radiografías, laboratorio... cuyos costos oscilan entre 40 y 70 mil sucres.

Existe el criterio de que el 30 por ciento restante no estaría dispuesto a pagar un servicio que no ofrece ninguna garantía. El equipo es obsoleto: los dos quirófanos comparten un solo respirador, no hay una terapia intensiva, los ascensores no sirven, solo 88 de las 125 camas están habilitadas.

Holguín habla de un serio problema administrativo, pero no apunta - al menos ahora- al número de personas, aunque sí reconoce una mala distribución.

La Curia no lo quiere administrar

"La Misión no tiene condiciones para que el Hospital Delfina Torres de Concha funcione en óptimas condiciones". Esa fue la respuesta de Eugenio Arrellano, obispo de la ciudad de Esmeraldas, a la posibilidad de que la Curia administre el centro de salud como lo anunció el diputado Homero López.

Según Arrellano, hasta el miércoles pasado no llegaba ninguna propuesta en ese sentido. Pero en su criterio difícilmente la Iglesia puede hacerse cargo, más aún si el "hospital tiene vicios de fondo y forma".

Y recordó que solo hace 10 años hubo una propuesta. Pero el obispo de ese entonces puso una condición: que se entregue sin personal.

Arrellano señaló que hay una coincidencia para que la iglesia administre el hospital pero "es una aspiración basada en la experiencia del de San Lorenzo". Según un artículo del diario La Hora de Esmeraldas, del pasado 8 de enero, López estaba concertando una cita con el prelado para plantearle los detalles de un proyecto para la administración y de un crédito del gobierno colombiano por 3 millones de dólares, para la liquidación de personal y la rehabilitación de los servicios.

17.3.41 COGESTION LLEGA A LOS HOSPITALES:

El Ministro de Salud, Marcelo Cruz, autorizó que la Maternidad Isidro Ayora entre a la cogestión hospitalaria, afirma su Director, Dr. Marcelo Dávalos.

Inmediatamente se conformó el Comité de Desarrollo Institucional presidido por el propio director, con la participación de un representante del sector de contrato colectivo, administración, profesionales universitarios y de las ONGs.

Otro miembro tendría que ser un representante de la comunidad pero la maternidad no tiene

delimitado el sector ya que la gente que llega proviene de todos los sectores de Quito y de las provincias de Imbabura, Carchi, Cotopaxi, Chimborazo, Esmeraldas y Santo Domingo, por lo que resultaría difícil contar con uno.

Después de la formación del Comité, solamente se esperaría recibir por parte del Ministro los lineamientos legales para empezar a ejecutar el proyecto de la cogestión.

Dávalos informó además, que han recibido una primera alícuotas de 200 millones de sucres por parte del Ministerio, con esto se cubrirá parte del déficit que tiene la maternidad ya que el déficit total de 1996 es de 400 millones.

Aspiramos a mejorar este servicio

Asimismo, el Director del Hospital Eugenio Espejo, Julio Urresta, aguarda el comunicado oficial de los lineamientos legales para aplicar el proyecto a través del cual aspira mejorar el servicio que el centro de salud presta a la comunidad.

Aparentemente dijo, la atención es gratuita pero el paciente gasta el costo de los exámenes que, debido a algunas falencias, se ve obligado a realizarlos afuera.

El presupuesto global es muy reducido

El presupuesto global que se asigna a la salud es muy reducido, todos los hospitales del Ministerio de Salud tienen que entrar a la cogestión hospitalaria, comentó el Director del Hospital Baca Ortiz, Dr. Jorge Sierra.

La cogestión tiene que establecerse, sin embargo, el indigente no va a aportar nada, pero las personas que tienen recursos sí deben hacer una erogación o contribución al hospital para los insumos que está consumiendo, añadió.

En su criterio, con el alza de las tarifas básicas, cien millones de sucres que recibe

mensualmente, el hospital no va a poder soportar. Todavía no se ha puesto fecha para comenzar la cogestión, porque lo básico es conocer la tarifa que se va a imponer, agregó.

17.3.42 LA AUTOGESTION :

Los países que han alcanzado un nivel alto de desarrollo son aquellos que se preocuparon por atender las condiciones de vida, salud y educación de sus habitantes. A base de programas de renovación en la enseñanza, de prevención en el área de la salud y de control en el expendio de alimentos, lograron mejorar el estado físico y mental de la población y, con ello, un suficiente aporte para el progreso.

La creación de centros educativos y hospitalarios es la más acertada inversión que puede hacer una nación en bien de la colectividad.

En el campo de la salud se ha puesto en práctica el sistema de la autogestión, que no es otra alternativa que la de asegurar el propio financiamiento institucional para no recurrir a la dádiva gubernamental. Para ello, de acuerdo con la realidad económica de la población pobre, se fijan tarifas bajas para la consulta y medicamentos a precios de laboratorio.

En el ámbito de la educación, también se aplica la misma modalidad, es decir, en la matrícula se determinan rubros para el mantenimiento de la institución educativa porque lamentablemente el Estado no está en capacidad económica para afrontar esos gastos inaplazables.

17.3.43 PLANES DE SALUD:

A pocas horas de la designación del nuevo Ministro de Salud interesa saber si entre sus planes están el impulso a la reforma del sector, con la implementación del sistema único, la rehabilitación de los hospitales, el estudio de formas de autogestión una política de medicamentos coherente, el mantenimiento de los programas de micronutrientes, el justo trato salarial para quienes laboran en el área, el tipo de relaciones con los gremios médicos

y las universidades, o si solo va a revisar los salarios del Fasbase, las publicaciones de respaldo al ex presidente o las condiciones higiénicas de la guatita que expende "La Lojanita".

17.3.44 HOSPITAL GUAYAQUIL CAMINA AL ABISMO:

El hospital Abel Gilbert Pontón, más conocido como Guayaquil, se encuentra a un paso del abismo, pues a los muchos problemas que desde hace años arrastra esta casa de salud, ahora se le sumó otro: la eliminación de la autogestión.

Este detalle podría ser el causante del cierre definitivo en los próximos meses.

Joffre Arregui, director del Hospital, denunció la falta de presupuesto, por ello, la autogestión se presenta como la tabla de salvación; con ella se firmarán varios contratos para lograr que este centro se modernice, señaló.

Además, agregó que la autogestión hospitalaria existe en decreto No.4345 firmado el 15 de mayo de 1996 por el ministro de Salud, Alfredo Palacio.

Este nuevo sistema beneficia a los ciudadanos de bajos recursos, solo pagarán aquellos pacientes que tengan posibilidad económica. Añadió que, si no hubiera éste, el hospital no podría funcionar durante todo el año, porque las partidas presupuestarias no son suficientes.

Falta claridad

Mientras el ex ministro de Salud, Marcelo Cruz, aseguró que no se fijarán tarifas en los hospitales del Estado, como producto de la cogestión hospitalaria, el director general de Salud, Agustín Cevallos, dice que la recuperación de costos por los servicios de salud es una medida indispensable para que los centros públicos puedan seguir operando.

Los hospitales que fueron calificados por Cruz como "pioneros en la cogestión hospitalaria"

empezaron a cobrar de forma indiscriminada. Es el caso del hospital de Guaranda en donde a más de tarifas exageradas, es absolutamente desconocida por el Ministerio.

17.3.45 ¿ADÓNDE VA SU PAGO AL HOSPITAL?:

Cada paciente que es operado en el Hospital Eugenio Espejo, paga una contribución "solidaria", según su capacidad económica, para los gastos de insumos que se requieren para algunos procedimientos médicos que no se podrían realizar por falta de recursos del fisco.

Pero, mientras se va aportando para mejorar los servicios y la atención a los enfermos más pobres, el Estado se queda con los recursos obtenidos, porque los mecanismos previstos en las leyes lo posibilitan.

El dinero generado por los aportes de los pacientes iba a ser devuelto como sobrante del presupuesto de 1996 al Ministerio de Finanzas, el cual, en vez de ser invertidos en necesidades de los servicios médicos y de los pacientes - un 60 por ciento en condiciones de indigencia -, iba a ser retirado de la Cuenta de Ejecución Presupuestaria del Hospital porque no había sido utilizado. Así lo establece la ley de Presupuestos del Sector Público.

Según los trabajadores, esto ocurrió no solo con los sobrantes de las partidas, sino con 77 millones de sucres recuperados durante el año a través de la autogestión, que no llegaron a ser devueltos por Finanzas.

La explicación de la pérdida de recursos, sin embargo, no solo está en la supuesta negligencia, sino en los engorrosos trámites que las leyes de Presupuestos del Sector Público, y Orgánica de Administración Financiera y Control obligan a efectuar a los hospitales: todo fondo propio recaudado por autogestión debe ingresar a la cuenta del tesoro nacional. Y para ser recuperado, debe constar en el presupuesto anual.

Es decir, que el Hospital tienen que incluir en el presupuesto la cantidad que calcula que podrá recuperar a través del cobro a sus pacientes.

El problema surge si lo recaudado es mayor a lo presupuestado. En ese caso, para recuperarlo, el hospital tiene que hacer una reforma del presupuesto previa autorización del Presidente de la República.

¿Para evitar trámites?

El cobro de derechos por ciertos servicios a los usuarios, está incluido en el Código de la Salud. El jefe de Cirugía, Ricardo Carrasco, indicó que esta es la única forma de realizar todas las operaciones, porque de otra manera, muchos pacientes se quedarían sin ayuda por falta de insumos.

Según Julio Urresta, ex director encargado, el problema fue en las dos anteriores administraciones. En su administración, se estableció que el dinero ingrese al hospital, es decir, de ahí va al Ministerio de Finanzas. No existe ninguna forma de evitar que el próximo presupuesto del hospital se quite una cantidad igual al monto pagado por los pacientes o producto de donaciones.

Así será mientras el Congreso no reforme las leyes para que los hospitales puedan realizar un manejo más autónomo de sus recursos de aporte de la comunidad. Más aún, cuando en 1996 se redujo el presupuesto del hospital en el 16 por ciento.

17.3.46 LA DESCENTRALIZACIÓN SE INICIÓ CON LO FINANCIERO:

El Ministerio de Finanzas lanzó su plan de descentralización en la ejecución del presupuesto del Estado.

"Esto va a significar que los Ministerios tendrán, por primer vez, una capacidad para poder

manejar su presupuesto de acuerdo con sus necesidades, sin ser sometidos a autoridades extrañas", dijo el titular de esa cartera de Estado, Carlos Dávalos.

Mediante Acuerdo Ministerial 074 del 27 de marzo de 1997, Finanzas transfirió a las entidades del Gobierno central la facultad de efectuar en sus presupuestos, las reformas que consideren necesarias para el cabal cumplimiento de sus responsabilidades.

La decisión se encuadra dentro de la reforma y modernización del Estado.

De esta forma, según el Gobierno, las autoridades podrán autorizar directamente reformas a los presupuestos de sus instituciones, en cuanto a las asignaciones presupuestarias destinadas al pago de los servicios y suministros necesarios para su funcionamiento.

Esto incluye a los ministros de Estado, subsecretarios regionales, directores ejecutivos, presidentes de tribunales provinciales electorales, directores provinciales de Educación y directores de Salud, directores de hospitales y áreas de salud, rectores de establecimientos de educación media, etc.

Por otra parte, el Ministerio de Finanzas se obliga a entregar de manera automática los ingresos propios generados por las entidades, como medio importante para motivar la autogestión en el financiamiento de las actividades y proyectos.

A criterio del Gobierno, esto desalentará las presiones sobre el gasto fiscal, el déficit y endeudamiento públicos.

Según la versión oficial, el objetivo es coadyuvar a una gestión más eficiente de todas las entidades y organismos, disminuir los costos de sus actividades y proyectos, lograr un mejor cumplimiento de sus metas y objetivos, viabilizar una adecuada asignación presupuestaria, y, sobre todo, administrar con "eficiencia los escasos recursos con que cuenta el Estado".

17.3.47 EL ECUADOR EN LOS HOSPITALES:

La desorganización del país se refleja en la crisis hospitalaria. Se anuncia que se buscará solución al paro pero el problema no es el paro, es más bien, el sistema hospitalario que genera los paros y la enorme insatisfacción del público.

En los hospitales públicos del Ecuador se refleja triste y dramáticamente el estado de la desorganización nacional. Lo que se ve en los hospitales se siente en el resto del país. Y la desorganización no se solucionará con artificios meramente presupuestarios, como pretende la crecientemente politizada Federación de Médicos.

Los hospitales han sido concebidos para satisfacer los intereses de los médicos y de los sindicatos; está totalmente relegado y descuidado el servicio al usuario. Si se analiza bajo la óptica organizacional el funcionamiento hospitalario, se detecta rápidamente que las decisiones responden al criterio centralizado y piramidal de la burocracia del Ministerio de Salud, de la burocracia del Ministerio de Finanzas y de la burocracia interna de los hospitales.

Sin ninguna autonomía, los hospitales están impedidos por los médicos y los sindicalistas de emprender en iniciativas de autogestión administrativa y financiera que permitan orientar el funcionamiento hospitalario al servicio del usuario.

La autogestión se impide porque la desorganización y el caos administrativo interno permiten a los dueños de las funciones de control oponer una serie de trabas que desembocan en el desabastecimiento de insumos, en la inexistencia de equipos y en la multiplicación de dificultades para acceder a la consulta externa y a la hospitalización.

El Presidente de la República no debería ser un bombero apaga incendios. Se trata de transformar el sistema para que los hospitales públicos adquieran una responsable capacidad de autogestión que les permita vender servicios a quien pueda pagarlos y atender con prontitud y esmero a quienes no pueden hacerlo. En la actualidad no se atiende a nadie

y los hospitales han generado en un cúmulo de instituciones antipopulares que despilfarran grandes cantidades de dinero público malpagando a la mayoría de los empleados y ofreciendo nada a cambio de mucho.

17.3.48 LA SALUD, MÁS ALLÁ DEL PARO:

La última actitud de hecho del sector de la salud dejó al descubierto que los problemas de fondo siguen latentes.

Hay tantos problemas estructurales que en lugar de arreglarse, o por lo menos sentar las bases para su solución futura, empeoran cada año.

El sector de la salud volvió a reclamar por falta de recursos. En el presupuesto del 97 inicialmente se asignaron 678.384 millones de sucres. Este rubro no alcanza ni para cubrir las necesidades básicas. Hay proyectos internacionales como el Fasbase que no se ha sacado total provecho. Sí se ha puesto los ojos en los sueldo en dólares.

El caos en el sector ha sido general: falta de recursos para que funcionen con lo mínimo indispensable los hospitales. Sueldos de miseria para médicos y trabajadores de la salud. Equipos en mal estado. Falta de recursos para su reparación. Locales que se derrumban. Emergencias sin implementos y falta de medicinas.

Los trabajadores de la salud, sujetos al Código del Trabajo, adoptaron una actitud ilegal y eso no se debió aceptar. No hubo un pliego previo de peticiones, ni tampoco en un servicio básico, se dejó lo mínimo indispensable de atención. Nunca debieron cerrar emergencias. Eso atenta contra la salud de los ecuatorianos y no en contra del Gobierno de turno.

Hay que escuchar oportunamente los reclamos y responder con soluciones para evitar medidas extremas. El Gobierno debe destinar más recursos, pero para ello hay que generarlos y una de las opciones es la autogestión. Se debe cobrar de acuerdo a las posibilidades.

La autogestión y el cobro selectivo de los servicios son inevitables. Se puede recaudar un mínimo hasta para extender los certificados médicos. Si hay otras opciones, que las exhiban públicamente pero la atención de la salud no puede paralizarse nunca.

17.3.49 EL NUEVO ESQUEMA: LA PROPUESTA Y SU ESCENARIO:

La definición básica

El último borrador del proyecto de Ley de Descentralización del Estado y de Participación Popular, que discute la Comisión del Congreso, dice:

"La descentralización del Estado es el proceso de transferir autoridad, funciones, atribuciones, competencias, recursos y responsabilidades del Gobierno Central hacia los Gobiernos Seccionales Autónomos, que permitan alcanzar el desarrollo sostenido y sostenible de su jurisdicción".

"La participación popular es el mecanismo por el cual se involucra activamente a la ciudadanía en la vida jurídica, política y económico social del país, con la finalidad de mejorar las condiciones de vida del hombre y mujer ecuatorianos, con una más justa distribución de los recursos públicos".

Para pedir rentas

El proyecto del Congreso Nacional prevé la conformación de los comités de desarrollo provincial, integrado por las autoridades, miembros de los sectores productivos y universitarios de cada provincia.

Su función principal será elaborar el Plan de Desarrollo Provincial (con su presupuesto), que se incluirá en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Presupuesto del Gobierno.

Las delegaciones previstas en este proyecto de ley serán responsabilidad del Presidente de la República, a través del Ministerio de Finanzas, del Presidente del Consejo Nacional de Modernización (Conam).

La responsabilidad del Ministro de Finanzas será hacer efectivas las transferencias de recursos previstas en la Constitución y al amparo de esta normativa.

La fórmula de control

El Gobierno central, luego de los análisis de Contraloría General, podrá intervenir las acciones de un organismo regional. Esa fórmula durará hasta que quede normada la gestión seccional.

Las tareas clave

Las entidades de desarrollo regional tendrán, como parte de su agenda, que elaborar y ejecutar planes, programas y proyectos en coordinación con los gobiernos seccionales...observando los lineamientos dictados por el organismo de planificación estatal y por el Consejo Nacional de Planificación y Desarrollo de los Pueblos Indios y Negros.

Una tarea clave será el fomento, promoción y coejecución con entidades públicas, privadas y ONGs los proyectos de fomento productivo, agropecuario, industrial, artesanal, turístico, minero y de generación de empleo, en función de las potencialidades y recursos de cada región.

Un papel para cada uno

Los municipios tendrán que construir, dotar, equipar, mantener y administrar los servicios de atención primaria en materia de salud, en puesto, subcentros y centros de salud. Las mismas funciones para el servicio educativo, en los niveles preescolar, primario y medio.

Los gobiernos seccionales tomarán a su cargo los centros culturales. Además la implementación deportiva, de educación física y recreación; la planificación y supervisión del transporte urbano y rural; de los servicios contra incendios y catástrofes; programas de nutrición; programas de protección a la niñez, a los ancianos y a los menesterosos.

Deberán planificar, ejecutar y administrar programas de vivienda de interés social urbano marginal; además, deberán expedir y conceder cédulas de ciudadanía, partidas de nacimiento...y "las demás que les asignen en función de leyes especiales".

Los consejos provinciales deberán construir, mantener y administrar vías de comunicación terrestre provincial e interprovincial; planificar y construir.

La sociedad tiene espacio

La propuesta, al hablar de participación popular, prevé mecanismos innovadores sobre gestión de la sociedad civil. Por ejemplo, dice que la sociedad civil podrá agruparse alrededor de asociaciones de juntas parroquiales, comité barrial y etnias.

De hecho, este capítulo contempla un derecho de participación, que se tendrá como base la capacidad de propuesta que la sociedad organizada pueda, a través de estos canales, presentar a las autoridades seccionales.

Habla incluso de que los municipios podrán convocar a consultas populares entre los habitantes del cantón, sin restricción de temas.

Si el Congreso Nacional aprueba este proyecto, cuyo debate aún se mantiene, correrán 90 días desde la publicación en el Registro Oficial para que se dicte un reglamento y se ponga en marcha.

17.3.50 AUTOFINANCIAMIENTO EN SALUD COMUNITARIA:

El país viene sufriendo una serie de huelgas y paros de la salud, con los cuales el sector trata de alcanzar varias reivindicaciones. Lamentablemente, la salud no es considerada una de las prioridades del Estado y la carencia de políticas en este campo no ha permitido el desarrollo de programas y proyectos de salud a largo plazo que beneficien a la mayoría de la población.

Difícil acceso a los servicios de salud, desfinanciamiento de los mismos, pobre calidad de la atención médica, deficiente o inexistente capacidad administrativa del sector, apatía en los medios políticos y movimientos sociales hacia el tema. Estos son nada más que algunos de los problemas con los que se enfrenta la salud en nuestro país.

El Colegio de Ciencias de la Salud de la Universidad San Francisco de Quito viene analizando algunas alternativas de mejoramiento en la prestación de servicios de salud de la población. Una de las propuestas analizadas busca la creación de centros de atención de salud autofinanciados por las propias comunidades, utilizando el concepto de medicina prepagada.

Una nueva alternativa

El Centro de atención de salud manejaría un fondo común producto de la contribución voluntaria de los miembros de la comunidad, el cual sería administrado por representantes comunitarios, delegados del área de salud, una institución privada o sin fines de lucro con presencia importante en la zona, una entidad académica y los profesionales del centro.

Este dinero sería destinado para el pago de salarios adecuados a los diferentes profesionales que trabajan en el centro, compra de insumos, mantenimiento de equipos y actividades de promoción y educación para la salud. Cada mes, una cantidad de dinero sería destinada a establecer un subsidio cruzado que financiaría los servicios de atención de aquellos que no tengan ningún medio económico o que requieren de servicios de mayor complejidad en otra

casa de salud.

Esta propuesta busca obtener varios resultados positivos, entre los que se incluyen:

- Permitir que personas de escasos recursos económicos tengan acceso ágil y permanente a servicios de salud de calidad.
- Colaborar para que la comunidad asuma un papel protagónico y decisivo en la solución definitiva de sus problemas de salud.
- Promover la motivación del profesional de salud que bien remunerado desempeña sus funciones con la mejor calidad en un medio idóneo.
- Brindar servicios de atención integral de salud, lo que significa abarcar otras áreas que no son eminentemente médicas (promoción, prevención, educación).

Las posibles soluciones a la problemática de salud en el Ecuador son múltiples y tienen que ser congruentes con la realidad nacional. Las reformas del sector salud en los países buscan alcanzar los principios de universalidad, equidad e integralidad de los servicios de salud.

Esta alternativa es un planteamiento más para alimentar una discusión que debe originarse en los centros de estudios superiores y continuar en todos los niveles.

17.3.51 MODERNIZACION, TABLA DE SALVACION DEL SECTOR SALUD:

La mitad de la población ecuatoriana recibe los servicios de salud a través del sector privado, debido a la desconfianza y renuencia de los pacientes a ser atendidos en los hospitales públicos donde la calidad de la tecnología y del recurso humano son severamente cuestionados.

Esta cruda realidad ha generado durante los últimos cinco años un intenso debate por la

búsqueda de una solución de consenso que permita optimar la infraestructura del sector y que promueva la capacitación de médicos y enfermeras.

Varias opciones

Como resultado de la ineficacia, la mortalidad infantil continúa elevada registrándose alrededor de 40 muertes de niños menores de un año por cada mil que nacen; en el área rural es de 51 por mil nacidos vivos, casi el doble del área urbana donde es de 28, señalan informes oficiales.

Como medio para corregir esta anómala situación, la modernización ofrece una gama de herramientas orientadas a elevar la calidad y la cobertura de los servicios de salud que apenas benefician al 25 de los ciudadanos.

El abanico de opciones que la modernización presenta para hacer más eficiente al sector abarca desde la privatización, las tarifas diferenciadas, la creación de los centros médicos populares, las áreas de salud hasta la autogestión.

No obstante, la resistencia de los trabajadores por temor de perder sus puestos de trabajo se constituye a la fecha en el principal obstáculo para ejecutar las reformas necesarias, expresó la Presidenta de la Cámara de la Pequeña Industria del Guayas (Capig), Joyce de Ginatta.

Privatización necesaria

Desde la óptica de Ernesto Torres, coordinador de Salud de la Escuela de Postgrado en Administración de Empresas de la Espol (Espae), la modernización del sector de la salud no es sinónimo de privatización; sin embargo, en determinadas circunstancias esta podría ser necesaria, admitió.

Torres cree que la principal estrategia por la cual debe optar el sector de la salud es propender a un sistema descentralizado, pieza clave del proceso de modernización que

permitirá el desarrollo local, la participación social organizada y la toma de decisiones oportunas.

Una segunda estrategia son los sistemas locales de salud, donde participa el sector público tradicional y las ONGs que, de manera mancomunada, pueden ofrecer un mejor servicio en favor de la colectividad.

Financiamiento

Un tercer elemento que debe ser considerado en el proceso de reformas es el de las regulaciones del Código de Salud que tiene que responder a las necesidades actuales.

En este punto varios expertos en la materia coinciden que el Código posee una legislación netamente punitiva y que no responde a la década de los 90, por tanto la revisión de este marco jurídico y la incorporación de un estricto control de la oferta y la demanda de servicios se vuelven indispensables.

Una cuarta alternativa es la puesta en marcha de consultorios populares organizados por grupos de cooperativas de médicos que llegan a un convenio con el Ministerio de Salud con el objeto de ampliar la cobertura, señaló Torres.

En este punto, un medio eficaz de financiamiento es una mejor utilización de los fondos de la cooperación internacional, considerando que aproximadamente el 10 de los recursos del sector salud proveniente de esta cooperación.

Otra opción de financiamiento es la recuperación parcial de costos, lo que significa que a través de mecanismos muy claros puedan establecerse en los centros de salud y en los hospitales tarifas que responden al carácter de la prestación como al sector social o al tipo de usuario que demanda el servicio.

No todas las prestaciones de salud deben ser gravadas, por ejemplo, no se puede cobrar ni

siquiera parcialmente las consultas materno infantiles, ni las actividades de vacunación y la atención del parto, aseguró Torres.

El Gobierno otorga al sector de la salud el 2,9 del Presupuesto General del Estado, no obstante se estima que los recursos vía cooperación local e internacional duplica el porcentaje mencionado.

Para realizar una eficiente inversión de los recursos resulta necesaria una reforma integral que podría generarse mediante los cambios que deberá promover la Asamblea Constituyente. Economía y salud.

Esta es una de las grandes encrucijadas a la que se ven abocados los Gobiernos de turno con miras a alcanzar un elevado índice de desarrollo humano y salir del letargo del subdesarrollo.

17.3.52 LOS HOSPITALES YA NO SERAN GRATUITOS:

El cobro en los hospitales será realidad en breve plazo. La publicación en el Registro Oficial de este lunes del decreto gubernamental, que faculta al Ministerio de Salud a instaurar el modelo de Cogestión y Autogestión Gerencial Hospitalaria, llegó como una grata sorpresa para algunos directores de hospitales.

Los trabajadores, en cambio, se mostraron sorprendidos y señalaron que si esto sucede se estará violando los acuerdos del octavo contrato colectivo, donde claramente ellos exigen que no se aplique el cobro.

El director general de Salud, Efraín Pacheco, señaló que si bien el decreto quedó hecho por el anterior ministro, Guillermo Wagner, la actual administración tiene pensado instaurar un sistema completamente distinto al de anteriores. La diferencia con los mecanismos anteriores será, según el Director, espacios especiales destinados a los enfermos que van a pagar.

En el Hospital Eugenio Espejo, las trabajadoras sociales y el director, Leonardo Pazmiño, están satisfechos. Según Pazmiño, solo un 25 por ciento de los pacientes que atiende ese centro son indigentes o forman parte de las familias de los trabajadores que tienen derecho a la atención. El resto puede pagar algo, en tres categorías de acuerdo a su capacidad de pago y para ciertos procedimientos.

La aplicación será en coordinación con el Ministerio, dijo Pazmiño, pero el Espejo tiene un comité de desarrollo institucional que puede actualizar el tarifario aprobado en 1996.

La decisión de Alarcón, para el director del Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, Luis Ochoa, el cobro de los servicios hospitalarios es un tema delicado, que no será la panacea para resolver los problemas de las casas de salud, y tiene que ser visto en contexto. "Debe ser selectivo, pues no todos tienen capacidad de pago, pero el hecho es que el 60 por ciento de nuestros pacientes no podría pagar".

Para Ochoa, la solución es el reordenamiento integral de los servicios. Específicamente, ese hospital tiene una propuesta de organización interna.

Para Jorge Guamán, secretario encargado del Sindicato de Trabajadores de la Salud, el cobro de los servicios hospitalarios permitiría mejorar las condiciones de los centros y la atención a los pacientes. "Pero esta autogestión o cogestión debe ser controlada".

El subdirector del Hospital de Ambato, Fabián Jijón, considera que el cobro por la atención es la mejor y única salida. No será la panacea pero los problemas disminuirán. La autogestión motivará a que los directivos de cada hospital obtengan recursos de forma legal y normal. La fórmula propuesta por el Gobierno es la más conveniente.

La medida regirá hasta el año 2000

Esta política se ha desarrollado en los últimos años en el Ministerio de Salud. Empezó a

aplicarse con los ex ministros Joaquín Viteri y Patricio Abad, pero los problemas que surgieron por la participación de los fondos, y los paros de los trabajadores en rechazo a la medida, dieron al traste con el proyecto.

La versión firmada por el presidente Alarcón, el 31 de mayo de 1997 pero que está en vigencia desde el lunes, es para el periodo 1996-2000. Como las anteriores, tiene como objetivo el mejoramiento de la calidad de los servicios, el uso racional de los recursos, la ampliación de la cobertura de atención, mediante la aplicación de un modelo de gerencia social.

El mecanismo consiste en la recuperación parcial de costos, de acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo Institucional aprobado por acuerdo ministerial el 15 de mayo de 1996. Además, faculta al Ministerio de Salud y sus unidades a realizar la apertura de cuentas rotativas de ingresos para depositar los fondos provenientes de la autogestión. Para el manejo de las cuentas, se ciñe a los acuerdos del Ministerio de Finanzas. Esta cartera tiene prohibido gastar esos recursos en otras actividades.

Los trabajadores con criterios divididos

Marianela Rodríguez, secretaria general de la Federación de Trabajadores provinciales del Guayas, rechazó el cobro por los servicios en los hospitales.

Germán Claros, presidente de la Asociación de Empleados de Guayas, dijo que los trabajadores aceptarán el cobro siempre que se reglamente y que se fijen las tarifas según la capacidad de pago. Joaquín Chaluisa, miembro del Sindicato Unico de Trabajadores, dijo que por ahora discutir sobre el cobro no es una prioridad, aunque insistió que ellos no están de acuerdo.

17.3.53 RECHAZAN AUTOGESTION EN LOS HOSPITALES:

Mientras el Gobierno anuncia que emitirá el reglamento que definirá al cobro de los

servicios hospitalarios, la ciudadanía y dirigentes de los trabajadores de la salud - que mantienen paralizadas las casas asistenciales desde hace más de cinco semanas- manifestaron su rechazo a esta medida, ya que la consideran "lesionadora de los intereses del pueblo".

Decenas de ciudadanos manifestaron ayer su desacuerdo con la decisión del Gobierno, porque consideran se perjudicaría a los más pobres.

Para la ciudadanía, ésta no es la solución a la crisis que desde hace varios años atraviesan los hospitales, y que actualmente se ve reflejada en la falta de insumos y recursos económicos; más bien, consideran, debe entregárseles más dinero e iniciar una rehabilitación integral.

Los trabajadores también expresaron su desacuerdo con la acción, y añadieron que esto es una clara muestra de la inoperancia del Gobierno para dar solución a los problemas del área de la salud. Amenazaron con salir a las calles para protestar y manifestar su rechazo a la decisión gubernamental; sin embargo, no detallaron qué tipo de acciones adoptarían.

Mientras, el secretario general de Salud, Dr. Efraín Pacheco, dijo que esta medida no afectará a quienes no tengan posibilidades económicas; la reglamentación respectiva sería dada a conocer en 15 días.

17.3.54 LA AUTOGESTION EN LOS HOSPITALES:

El anuncio del Presidente de la República en cuanto a la autorización del cobro por los servicios en los hospitales públicos ha generado varias reacciones en diferentes sectores de Guayaquil.

El Director del Hospital de Infectología Daniel Rodríguez, Eduardo Sandoval Villamar, manifestó que la autogestión no es nueva y que fue aprobada en el gobierno anterior y ha sido puesta en marcha según las posibilidades de cada ciudadano.

Indicó que esta es una alternativa para los pacientes y el hospital, porque por medio de ello se pueden obtener los recursos necesarios para cubrir las necesidades que muchas veces no se logra con el presupuesto enviado por el Gobierno.

El Presidente de la Federación Médica Ecuatoriana, Edgar Montalvo, rechazó esta nueva imposición al Gobierno porque perjudica al pueblo ecuatoriano. "No aceptamos la autogestión porque es una imposición del Fondo Monetario Internacional", dijo.

Montalvo indicó que anteriormente se implementó un tipo de aportación voluntaria realizada por el ex ministro de Salud, Alfredo Palacios, y que era destinada a las fundaciones. "A pretexto de que el dinero se invertiría en beneficio de la salud se llevaron la plata y nadie respondió a ese perjuicio".

El presidente de la Federación señaló que existe un rechazo generalizado a este nuevo sistema "lo que se quiere es convertirlo en un proceso de tipo mercantilista, es decir que el pueblo ahora no tiene derecho a ser atendido. Solo recibe atención el que puede pagar".

Por su parte, el Director del Hospital Guayaquil, Juan Quintana Soria, indicó que los hospitales en los últimos años han pasado por una situación financiera muy crítica y con la nueva autogestión aliviaría en algo este problema.

17.3.55 ¿APRUEBA QUE LOS HOSPITALES PUBLICOS COBREN POR SUS SERVICIOS?:

En un sondeo de opinión realizado por este medio, la gente expresó su criterio sobre la autorización emitida por el Presidente de la República, para el cobro en los hospitales públicos del país.

La ciudadanía manifiesta estar de acuerdo porque existen personas que sí están en posibilidades de pagar. "Con todos esos dineros bien se puede solventar tantos problemas

existentes dentro de los hospitales como gasto en medicinas, en instrumental y en insumos, que son necesarios para la atención del paciente". Además, el Gobierno está desfinanciado, al igual que los hospitales.

Para Gualberto Moreira, un empleado público, el Ministerio de Salud debe entregar altos presupuestos, mejorar las instalaciones de los hospitales, reequipar las unidades, entregar los insumos y dotar de medicinas a las farmacias, y entonces, cobrar sumas simbólicas.

"La cuestión de la gratuidad de la salud es un mito", dice, por su parte, Virginia Gómez, profesional en medicina. Afirma que, en la práctica, los servicios de salud del Estado no son gratuitos; no existe la posibilidad de que los hospitales tengan plata para comprar los insumos que los pacientes requieren. ¿De qué autorización se habla, si la gente ya está pagando?, cuestiona.

Gómez cree necesario plantear una reforma al sector salud, la cual garantice la atención gratuita a los estratos de la población que nunca va a poder pagar. Si la gente tiene la posibilidad de dar una donación, que lo haga.

17.3.56 PALACIOS: COBRAR POR ATENCION NO SOLUCIONARA CRISIS:

El Dr. Miguel Palacios Frugone, director del Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce", aseguró ayer que cobrar por la atención hospitalaria en las casas de salud del Ministerio del ramo, no es el mejor camino para solucionar la problemática por la que atraviesa actualmente el sector.

Palacios se pronunció en este sentido al ser consultado sobre la situación que atraviesa actualmente el sector salud, cuyos hospitales, desde hace más de un mes, fueron paralizados por los trabajadores, quienes amenazan con continuar con la medida de hecho si el Gobierno persiste en la idea de implantar un proyecto de autogestión.

Al respecto, Palacios indicó que "no es la solución porque la autogestión que se puede

lograr en un hospital es limitada; en ningún lugar del mundo la medicina es totalmente gratuita, el pago de un emolumento económico es necesario porque el paciente se siente con derecho a exigir atención médica, que en el caso de recibirla sin costo la está obteniendo como una caridad, cuando es una obligación del estado".

Sostuvo que, a su juicio, la solución al déficit del presupuesto de la salud estaría dada si de las regalías del petróleo, cuyo 75 por ciento -dijo- está destinado para la compra de armamento bélico, el seis por ciento de esa cantidad se lo debería destinar para cubrir el presupuesto.

Destacó que "el Ministerio de Salud debería contar con el 30 por ciento del Presupuesto General del Estado, pero solamente tiene el 3,9 por ciento".

17.3.57 RENOVARAN CONVENIO PARA SALUD:

El ministro de Salud, Asdrúbal de la Torre, se comprometió a renovar el convenio mediante el cual se entregarían las instalaciones del Subcentro de Salud del cantón Bolívar, provincia del Carchi, para el desarrollo de programas de Salud que con el aporte de CARE se realizan en el norte del país.

Según el ofrecimiento del ministro de la Torre, el próximo 23 de julio se firmará el convenio en la ciudad de Tulcán y "entregaría en comodato, en préstamo o uso de la Municipalidad de Bolívar el Centro de Salud para que ese Municipio conjuntamente con CARE Internacional," hagan efectivo el Proyecto Salud y Vida PROSAVI, para avanzar en este proyecto que estaba estancado por más de 15 meses.

El proyecto de CARE se inició en abril de 1996, luego de suscrito un convenio entre el Ministerio de Salud y el Municipio de ese cantón, convenio que busca delegar la administración de la Unidad de Salud de Bolívar al Municipio y a un comité de Salud que está presidido por el Municipio.



La comunidad participa a través de un comité de gestión que está representado de una manera democrática por miembros de los sectores educativo, de mujeres, productivo, privado y otros que han decidido incorporarse.

El proyecto busca que el Municipio se encargue de la administración de los servicios de salud de una manera más eficiente, donde la calidad se la mejore y así la cobertura en la comunidad se aumente. Además quiere

responder a los problemas de salud, para lo cual se ha realizado un estudio epidemiológico de las condiciones de salud, para saber cuáles son los principales y más frecuentes problemas de la población de Bolívar.

En este tipo de proyectos lo que se busca es la eficiencia basada siempre en la autogestión con el aporte de las autoridades nacionales, seccionales y la comunidad.

17.3.58 ¿QUIEN DEBE MANEJAR LA PLATA?:

El lunes pasado, a través de un decreto ejecutivo, el Gobierno aprobó el plan Cogestión y Autogestión Gerencial Hospitalaria, que significa que los hospitales cobrarán por ciertos servicios.

La propuesta solo formaliza una práctica de la mayoría de los hospitales del país, así lo reveló un sondeo realizado por Hoy en hospitales de Ambato, Cuenca, Quito y Guayaquil.

Entre los usuarios no hay consenso. Quienes están satisfechos con el servicio están dispuestos a pagar; en cambio, quienes padecen al crisis de la salud, se niegan.

Existe, sin embargo, una diferencia fundamental entre el viejo y el nuevo proyecto. En la propuesta anterior (1992), los fondos que obtenían los hospitales eran administrados por ellos mismos. En la propuesta actual, los fondos pasarán a una cuenta rotativa del

Ministerio de Finanzas, administrada por el de Salud Pública.

El ministro de Salud, Asdrúbal de la Torre, confirmó que el dinero que pague la comunidad por la Salud será centralizado por el ministerio, pero, aseguró que los hospitales podrán disponer de ellos. Sin embargo, el decreto aclara que solo podrán ser usados en la modernización de la salud y no menciona las otras necesidades de cada hospital.

El Vernaza clasifica a sus pacientes

En medio de la crisis que viven los hospitales de la provincia del Guayas, los usuarios rechazaron la cogestión hospitalaria. Dijeron que no estaban dispuestos a pagar.

Por su lado, la secretaria general de la Federación Provincial de Trabajadores del Guayas, Marianela Rodríguez, dijo que el decreto pone en vigencia la privatización de la salud. Y el Movimiento de Agrupaciones Sociales (MAS), rechazó la propuesta y recordó que el caos de la autogestión en la educación: el Estado no da ni siquiera para una caja de tizas.

Por el contrario, los galenos del hospital Luis Vernaza se encuentran satisfechos con la medida.

Según su director técnico, Efrén Aráuz, si se quiere mantener una buena cobertura de salud, el usuario debe colaborar. El hospital Vernaza, uno de los más grandes del país, mantiene una singular forma de autogestión hospitalaria.

Un cuerpo de profesionales de Servicio Social se encarga de evaluar las condiciones económicas de los pacientes. Antes del veredicto final, se evalúan los ingresos salariales del paciente, el número de familiares, etc. Las rebajas finales al paciente, van del 25 hasta el 100 por ciento. El paciente paga el derecho de admisión que es de 20 mil sucres y las medicinas. Las intervenciones quirúrgicas y la estadía en el hospital, etc.

Hospital de Ambato obtiene 260 millones por cobro de medicinas

Los familiares y enfermos del Hospital Regional Ambato, están acostumbrados a pagar por las medicinas y por algunos servicios de Consulta Externa desde hace 10 años.

Según el director del hospital, Ignacio Bonilla, en 1996, se recuperaron 260 millones de sucres por la venta de medicamentos, exámenes de laboratorio, Rayos X, rehabilitación y Consulta Externa.

El cobro de las medicinas y de los servicios de los laboratorios permite recuperar el 50 por ciento del costo de los insumos. "Todos estos servicios son supervisados por la Contraloría", dijo. El subdirector, Fabián Jijón, informó que este hospital pretende desarrollar el denominado "pensionado", que funciona hace años: tarifas distintas según la capacidad de pago de los pacientes.

Cuenca con déficit de 2.500 millones

El decreto del Gobierno solo está "sincerando" la situación, dijo Luis Ochoa, director del hospital Vicente Corral Moscoso.

La casa de salud más grande del Austro, tiene un déficit aproximado de 2.500 millones de sucres y el 60 por ciento de sus 280 camas están ocupadas. Ochoa cree que, además del déficit económico de las casas de salud, hay problemas organizativos, estructurales y de imagen.

Hospital indio en Atocha obtiene éxitos financieros

El Hospital Indígena de Atocha, mediante su propia gestión, está en capacidad de tratar enfermedades críticas, con servicios iguales a los de grandes hospitales de Quito.

El apoyo del Centro de Orientación Educativa (COE) -ONG de Italia- le permitió la

adquisición de los equipos de rayos X, ecosonografías, una parte del primer quirófano y un equipo odontológico. En años posteriores, disminuyeron los aportes económicos porque el objetivo del proyecto era la autogestión.

El proyecto fue impulsado, inicialmente, por los médicos delegados del COE, conjuntamente con la Diócesis de Ambato. En la actualidad son 22 médicos especialistas y 16 enfermeras, el 70 por ciento de las cuales es de origen indígena.

Quienes no pueden pagar el costo de la consulta y atención médica deben compensar con trabajos para el hospital. Los trabajos los puede realizar el enfermo, después de su recuperación o sus familiares.

17.3.59 ELABORAN TARIFARIO PARA PAGOS EN HOSPITALES:

Los hospitales públicos del país cobrarán a los usuarios por los insumos médicos, de acuerdo a su situación económica y social; la atención médica seguirá siendo gratuita. Así lo aseguró el subsecretario general del Ministerio de Salud Pública, Alfredo Pérez Rueda.

Pérez Rueda señaló además que el Ministerio trabaja en la elaboración de un tarifario, y en la búsqueda de regulaciones que ayuden a los departamentos de trabajo social a calificar a las personas, según su situación socioeconómica, para determinar cuánto se cancelará por los insumos de los centros de salud.

La reglamentación de autogestión y cogestión se hará de acuerdo a la ubicación geográfica de los centros de salud, dijo Pérez.

La decisión del Ministro de Salud - aclaró el subsecretario- es que no se cobrará por la atención profesional directa. En cambio, se cobrará por los servicios de diagnóstico, ya sean laboratorios, rayos X y equipos en general, que son las áreas que mayor gasto representan a los hospitales, y en las que se han mantenido restricciones en la atención.

"El principio general es procurar la solidaridad de la sociedad. Entonces aquellos que puedan pagar aportan para que los presupuestos de los hospitales se orienten a servir a aquellos que no tienen".

Según el Subsecretario de salud, también se estudia la posibilidad de reimplantar un "servicio de pensionado" para la ciudadanía. Esto significa que se establecerían contratos entre las compañías de medicina prepagada y los hospitales, para brindar servicios de más bajo costo; todo dependerá de las condiciones en que los hospitales mantengan su autogestión.

El proyecto de cogestión y autogestión va orientado a complementar los presupuestos de los hospitales, debido a que el Estado no puede aportar con todo el presupuesto necesario.

Por ello, el proyecto, según Pérez rueda, incluso pretende crear un fondo en los hospitales, para que se realice el mantenimiento y la reparación de equipos - por lo general muy costosos- que al momento se encuentran sin funcionamiento.

17.3.60 LA ANGUSTIA DE LA COGESTION:

Aunque el plan de cogestión y autogestión se aprobó el lunes pasado, en el Hospital Eugenio Espejo ya se cobraba a lo usuarios por ciertos servicios, como exámenes de laboratorio, radiografía, cirugía del corazón, entre otros.

Según el director, Leonardo Pazmiño, el pago por estos conceptos lo realiza en la actualidad solo a los pacientes que tienen posibilidades de cubrir los costos de la atención médica y representan el 20 por ciento. Pero, a partir del próximo mes, el cobro se aplicará al 80 por ciento de los pacientes. "Sólo las personas indigentes están exentas de pagar", afirmó.

A través del programa de cogestión y autogestión, el Hospital Eugenio Espejo espera recaudar al menos cinco mil millones de sucres al término de este año. Este dinero será

invertido en medicamentos, insumos y contratación de personal, según Pazmiño.

Mientras tanto, algunos usuarios proponen que se realice una "selección de categorías" en los centros de salud, para que el cobro de los servicios médicos se realice de acuerdo a las posibilidades de cada paciente.

De otra parte, la Ley de Maternidad Gratuita, expedida en abril de 1994, impide a las autoridades de la Maternidad Isidro Ayora aplicar el proyecto de cogestión. Esta situación molesta al director, Marcelo Dávalos, quien informa que el año pasado se registró un déficit de 620 millones de sucres, mientras el presupuesto para el 97 no alcanza a cubrir todos los gastos.

En el Hospital Pediátrico Baca Ortiz, su director Francisco Barriga, dijo que aunque el proyecto de cogestión es saludable, su aplicación podría tardar varios meses.

Además, aseguró que en los próximos días planteará la creación de un comité interinstitucional para evaluar el plan. "Es un tanto apresurado empezar a cobrar por los servicios que prestan los hospitales públicos", advirtió.

Según el funcionario, el 70 por ciento de las personas que visitan este centro Pediátrico necesitan recibir mayor información sobre el proyecto. Un sondeo realizado en este hospital demuestra que apenas el 20 por ciento de los consultados conocían sobre la existencia de la cogestión. Según ellos, el plan podría mejorar la situación de los hospitales.

XVIII. REVISION BIBLIOGRAFICA

Albornoz, Consuelo .. DOS CARAS Y UNA MISMA MONEDA. Hoy Página : A-4.
18.01.97.

APOLO. Modelo de Subsidio Focalizado. Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo Crespo.
CARE. Internacional. Cuenca 1996.

Astudillo, Fernando. Una Visión de Futuro de la Promoción de Salud. Revista Ciencia y Salud. #4. Municipio Metropolitano de Quito. Sept. 1996

Ayudá en Acción. Propuesta de Conformación de la Red de Servicios Alternativos de Salud. Cuenca 1997.

Barreiro, Clara. Derechos Humanos. Temas Clave. Colección Salvat. 18. Barcelona 1982

Collins, David. La Introducción de Tarifas en el Hospital Eugenio Espejo, Quito, Ecuador. Proyecto Basics . septiembre de 1996.

Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos. Establecimiento de Ciudades Sanas en el Siglo 21. Documento de Referencia. Dialogo sobre la Salud en los Asentamientos Humanos. Habitat II OPS. Estambul, Turquía 1996.

Cordova, Mauricio, et al. Hospital San Rafael de Leticia. Empresa Social del Estado. Leticia - Amazonas 1997.

De Reina, Casiodore. La Santa Biblia. Antiguo y Nuevo Testamento. Sociedades Biblicas Unidas. Santa Fe de Bogota 1995

Di Prete Brown, Lori. Miller, Lynne, et al. Garantía de la Calidad de la Atención de Salud en los países en Desarrollo. 1997.

Dirección de Participación Comunitaria. Dirección Subregional de Salud – Callao – Ministerio de Salud del Perú. 1997

ECCOL, Ambientec. Estudio base Ambiental. Occidental Petroleum Compañy. 1996

El Comercio . AZOGUES: UN EJEMPLO DE ATENCION COMPARTIDA Página : C-3. 22.01.97.

El Comercio . BARRIOS, PRIMERO A PLANIFICAR. Página : B-8. 24.01.97.

El Comercio . EL NUEVO ESQUEMA: LA PROPUESTA Y SU ESCENARIO. Página : A-6. 18.05.97.

El Comercio . ESMERALDAS: UN HOSPITAL EN COMA. Página : C-2. 29.01.97.

El Comercio . LA CRISIS DE LA SALUD. Página : A-4. 16.01.97.

El Comercio . LA DESCENTRALIZACIÓN SE INICIÓ CON LO FINANCIERO. Página : B-3. 08.04.97.

El Comercio . LOS HOSPITALES YA NO SERAN GRATUITOS. Página : C-3. 09.07.97.

El Comercio. La Salud se reorienta hacia la cogestión. Sección D. Sociedad. 28 de julio de 1997. Quito.

El Comercio. ¿ADÓNDE VA SU PAGO AL HOSPITAL?. Página : B-8. 30.03.97.

El Comercio. ¿QUIEN SALVA A LA MATERNIDAD?. Página : A-10. 15.01.97.

El Comercio. Con una misa llegó la ayuda. Sección C. Sociedad. C3. 1 Sep. 1997.

El Comercio. HOSPITAL: EL DINERO SE VA EN LOS SUELDOS. Página : B-4. 12.01.97.

El Comercio. Salud: la autogestión arrancó. Sección C. Sociedad. C2. 1 Sep. 1997.

El Telégrafo . HOSPITALES DEL IESS SE MODERNIZARAN. Página : A-10. 21.01.97.

El Telégrafo . LA AUTOGESTION. Página : A-4. 01.02.97.

El Telégrafo . PALACIOS: COBRAR POR ATENCION NO SOLUCIONARA CRISIS. Página : A-9. 11.07.97.

El Telégrafo . RECHAZAN AUTOGESTION EN LOS HOSPITALES. El Telégrafo. Página : A-1. 09.07.97.

El Telégrafo. PLAN DE GESTION EN EL SECTOR DE LA SALUD .Página : A-10. 04.01.97.

El Telégrafo. PUBLICO DEBERA PAGAR POR SU SALUD. Página : A-9. 14.01.97.

El Universo (País). HOSPITALES DEL IESS SIGUEN INCONCLUSOS. Página : 21.5.01.97.

El Universo (Primera Sección) . SUBEN TASAS EN AREAS DE SALUD Y FERROVIARIA. Página : 4. 26.01.97.

El Universo (primera sección). MINISTRO DE SALUD RATIFICARA CONVENIO COGESTION HOSPITALES. Página : 10. 19.01.97.

El Universo . LA AUTOGESTION EN LOS HOSPITALES. Página : 8. 10.07.97.

Expreso . 235 MIL MILLONES PARA HOSPITALES DE IESS Página : B-19. 24.01.97.

Expreso . DOS PUNTOS ESENCIALES. Página : 4. 16.01.97.

Expreso . HOSPITAL GUAYAQUIL CAMINA AL ABISMO. Página : 11. 17.02.97.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. Países en desarrollo: los que están en peores condiciones. Cuestiones de Población. Juego de documentos informativos. Julio, 1990, p.5.

Franco, Necker. Ley y Reglamento de Cooperativas. Legislación Cooperativa Ecuatoriana. Quinta Edición. 1988

Gagnon, Anita. Capacitación e Integración de Promotores Rurales de Salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 110 (4). OPS. 1997

González, Colindes, et al. Resultados de la gestión de los equipos de mejoramiento de los procesos seguidos en establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguridad Social. Octubre 1995.

Grupo Editorial Océano. Océano Uno. Diccionario Enciclopédico Ilustrado. Edición 1992.

Guerra de Macedo, Carlyle. La salud de las poblaciones Indígenas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 114. # 2, 1993

Herdoiza, Amyra, Villacrés, Patricio. Promoción en Salud y Participación Comunitaria. Revista Ciencia y Salud. # 5. Municipio Metropolitano de Quito. Diciembre 1996.

Hoy Página. ¿APRUEBA QUE LOS HOSPITALES PUBLICOS COBREN POR SUS SERVICIOS?. A-9. 10.07.97.

Hoy . ELABORAN TARIFARIO PARA PAGOS EN HOSPITALES. Página : B-2. 16.07.97.

Hoy . LA ANGUSTIA DE LA COGESTION. Página : B-2. 17.07.97.

Hoy. IESS SE AUTOFINANCIA. Página : A-7. 21.01.97

Hoy. ¿QUIEN DEBE MANEJAR LA PLATA?. Página : A-3 . 13.07.97.

Hoy. POLEMICA EN HOSPITALES . Página : B-1. 15.01.97.

Instituto Ecuatoriano de Reforma Agraria y Colonización. Lecciones Básicas de Cooperativismo Agropecuario.1977

Jara, Cesar. Política de Gestión de las Cooperativas de Ahorro y Crédito. Facultad de Ciencias Administrativas. Escuela de Administración Pública. Universidad Central del Ecuador. 1992.

Kroeger, Axel. Luna, Ronaldo. Atención Primaria en Salud. Principios y Métodos. OPS. 1987.

La Hora . COBRO EN HOSPITALES . Página : 6. 15.01.97.

La Hora . COGESTION LLEGA A LOS HOSPITALES. Página : 11. 29.01.97.

La Hora . RENOVARAN CONVENIO PARA SALUD. Página : 19. 12.07.97.

Lambrew, JM et al. La Integración de Servicios de Salud en las Comunidades Rurales. Revista de Salud Pública. 1993; 103 (1)

Lasio, V. Grisales, Jorge. "Furnosal: La creatividad en el Desarrollo rural". Escuela de Postgrado en Administración de Empresas. Escuela Superior Politécnica del Litoral - ESPOL. Febrero 1996.

- Maldonado, Manuel . EL ECUADOR EN LOS HOSPITALES. El Telégrafo Página : A-5. 27.04.97.
- McMahon, Rosemary, Barton, Elizabeth. Las funciones de Administración de los trabajadores de la salud. Administrar de la Atención Primaria de Salud. OPS 1989.
- Medina E, et al. Atención médica en Santiago. 1995. Rev Md Chil 1995; 123:108-115
- Mera, Antonio . COGESTION PARA FINANCIAR HOSPITALES. La Hora. Página : 16. 14.01.96.
- Mestre, Carlos. El Sistema Sanitario y la Salud. Temas Clave. Colección Salvat. 87. Barcelona 1982
- Ministerio de Salud Pública. Serie: Desarrollo y fortalecimiento de los servicios locales de Salud. # 8. Guía para la organización del Comité de salud y de la Co – Gestión. Junio de 1996.
- Naranjo, Plutarco, Terán, Carlos. Salud Familiar y Comunitaria Integral. M.S.P. Ecuador, 1990.
- Navarro, Pio. Sociedades, Pueblos y Culturas. Temas Clave. Colección Salvat. 11. Barcelona 1982
- O.P.S., Enfoque Lógico para la Gestión de Proyectos en la O.P.S. O.P.S. Oficina Regional de la O.M.S. Oficina de la Subdirección . Oficina de Análisis y Planificación Estratégica. Enero 1996.
- Ocampo, Jaime – Puertas, Benjamín. AUTOFINANCIAMIENTO EN SALUD COMUNITARIA. Hoy Página : B-4. 22.05.97.
- Ordoñez, Guadalupe . MODERNIZACION, TABLA DE SALVACION DEL SECTOR SALUD. El Universo (Mundo Económico) Página : 4. 08.07.97.
- Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Atención Primaria de Salud. Alma Ata 1978. Ginebra 1984
- Pacheco, Victor M. PLANES DE SALUD. El Comercio Página : A-5. 17.02.97.
- Raad, Jean .UN MINISTRO NEUROLOGO. El Telégrafo. Página : A-4. 24.01.97.
- Reforma en Salud. El Comité Intersectorial de Salud. Una alternativa de Trabajo para Cotacachi. Serie Reforma en Salud. #4. 1996.
- Reforma en Salud. El Comité Intersectorial de Salud. Una alternativa de Trabajo para Sucúa. Serie Reforma en Salud. #5. 1996.

- Rivadeneira, Mauro. Manual Básico. Gerencia de Proyectos. Manual 1. Proyecto Subregional Andino de Control de Desordenes por Deficiencia de Yodo. 1994
- Rivadeneira, Miguel . LA SALUD, MÁS ALLÁ DEL PARO El Comercio Página : A-4. 28.04.97.
- Rivera, Antenor . RIGUROSIDAD TECNOCRÁTICA. El Universo (Primera Sección) Página : 6. 16.01.97.
- Robinson, D. Capacitación de los agentes comunitarios de salud. Noticias sobre IRA 1994; (marzo-junio):
- Roemer, Milton. Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud. Mexico 1980
- Sacoto, Fernando, Terán Carlos. Políticas Públicas Saludables. La Atención de la Salud en el Ecuador. Contribuciones para el Debate. Movimiento Laico para América Latina. Diciembre de 1992.
- Saludar. Caminando al año 2000 hacia una comunidad saludable. El Silos Guamaní. #1/1995.
- Salvador, Ligia, et al. Participación Comunitaria en el Control de Enfermedades Diarreicas. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 1985
- Sangrador, José. Interacción Humana y Conducta Social. Temas Clave. Colección Salvat. 88. Barcelona 1982
- Satterthwaite, David. Dialogue on Health. Who. Habitat 2. UNCH, UNFPA, UNICEF. 1996.
- Suárez, Fredy. Na Unguspha Causai. 1. Pastoral Rural Ecuatoriana. Quito 1990
- Terán, C. Malo, M. Políticas de Salud y Pueblos Indios. Universidad Andina Simón Bolívar. OPS. OMS. MSP. Abya-Yala. 1995.
- Unicef. Manual para la microempresa. Uneprom .Cooperación de los Países Bajos al Proyecto "Mujeres en el Desarrollo Social". 1995
- Vallejo, Francisco . TODO SE COBRA. El Universo (sección Domingo) Página : 1. 19.01.97.
- Vallejo, Francisco,. Coello, Gladys. Economía de la Salud. Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud. Módulo IV. ESPOL. 1997.
- Velásquez, Luis. Análisis de Información de una Muestra seleccionada de Municipios Saludables de América Latina. División de Promoción y Protección de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. Diciembre de 1995.

Zambrano, Luis. Visión Empresarial y Creatividad. Programa de Iniciación de Empresas.

Fundación Banco Popular. 1997.