

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL

**ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACION DE
EMPRESAS**

PROGRAMA DE GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

SEGUNDA PROMOCION

TRABAJO DE GRADUACION

TITULO DEL TRABAJO

**LA PARROQUIALIZACION COMO INSTRUMENTO DE
DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

REALIZADO POR: Dr. Efraín Beltrán Ayala
Dr. Julio Palomeque Matovelle
Dra. Jaqueline Quimi Castro
Dr. Kleber Solis Rivera

DIRIGIDO POR: Dr. Daniel Solano Gavilanez

GUAYAQUIL, DICIEMBRE 1997

AGRADECIMIENTOS

A nuestros Cónyuges e hijos,
por su paciencia, comprensión
y por cedernos el tiempo que
les corresponde a su atención.

A la ESPAÉ

Por el bagaje de conocimientos
que nos hacen mirar la salud
del país con la urgencia de
gerencia y enderezarla.

Al Dr. Daniel Solano G.

por su guía permanente y
su disposición en nuestra
formación.

A la A.I.D. por su apoyo
institucional invaluable.

Al Ministerio de Salud Pública
y al Servicio Nacional de Control
de la Malaria por confiar en nosotros.

A los compañeros trabajadores de la salud
que con su accionar y opinión hicieron
posible la cristalización de este trabajo.

A la COMUNIDAD ORENSE, hombres y mujeres
que con su trabajo diario hacen a esta tierra grande,
y se mantienen luchando por encontrar calidad en
sus vidas que buscan sea mejor y digna.

INDICE

RESUMEN EJECUTIVO.....	1-5
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION.....	6-8
OBJETIVOS.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
METODOLOGIA.....	2-4
MARCO TEORICO.....	9-14
ASPECTOS A CONSIDERAR PARA EL DESARROLLO DE LOS SILOS....	14-19
EXPERIENCIAS SILOS EN OTROS PAISES.....	19-21
EXPERIENCIAS DE SILOS EN ECUADOR.....	21-23
FORMULACION DE POLITICAS DE SALUD.....	23-25
SITUACION ACTUAL DEL ECUADOR.....	25-26
GENERALIDADES DE LA PROVINCIA DE EL ORO.....	26-28
EL ORO VISTO EN UNA PANORAMICA GENERAL DE SALUD.....	28-30
INFRAESTRUCTURA, RECURSOS HUMANOS Y PRESUPUESTOS.....	30-34
MORBILIDAD EN LA PROVINCIA DE EL ORO.....	35-38
SITUACION DE LA MALARIA EN EL ORO.....	39-40
CONTROL DEL AEDES AEGYPTI Y DENGUE.....	40
COMPOSICION DE LA PARROQUIA LA PROVIDENCIA.....	41-50
ACCIONES Y METODOLOGIAS IMPLEMENTADAS.....	51-54
RESULTADOS.....	55
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	56
BIBLIOGRAFIA.....	57
ANEXOS	

LA PARROQUIALIZACION

COMO INSTRUMENTO

DE DESCENTRALIZACION

DE LOS SERVICIOS DE SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

El hecho de que grandes sectores de la población ecuatoriana sigan sin tener un acceso real a los servicios de salud, la insuficiencia y escasez de coberturas y recursos de los que dispone el Ecuador para atender las exigencias cada vez más crecientes de la población, son un grave reto a la organización de los servicios de los que se dispone.

La crisis que actualmente experimenta nuestro país, hace imprescindible el análisis y aplicación de nuevos enfoques que permitan con decisión enfrentar el futuro considerando el nuevo rol que le toca jugar al Estado, en el que la descentralización y creciente participación ciudadana invita a una reflexión en el quehacer institucional en salud.

Mas con euforia y buenas intenciones que con distinción técnica, en Machala se han dado pasos que pudieran considerárseles como válidos en el proceso de descentralización, que a su vez han sido generadores de cambios en ese mismo sentido en otros cantones.

OBJETIVOS

- Lograr integración de las instancias locales de la Parroquia La Providencia alrededor de la idea de SILOS en un horizonte mayor, que posibilite el desarrollo total e integral de la misma en todas los campos de la vida social .
- Conseguir que los diferentes actores de la parroquia trabajen en la descentralización con criterio local, optimizando recursos físicos, financieros y humanos, que permitan levantar el nivel de salud y vida de la parroquia.

- Establecer responsabilidades institucionales a ser cumplidas dentro del proceso a los diferentes participantes y la comunidad.
- Determinar una figura “legal” de la participación social en la dinámica de acción conjunta a desarrollarse, apoyados por los instrumentos legales existentes.

Nuestra propuesta se basa en el planteamiento de la aplicación de los SILOS (Sistema local de Salud), en la unidad geopolítica más pequeña en que está dividida la nación, **la Parroquia**, e impulsar la participación ciudadana desde los núcleos familiares organizados en barrios lo que permite mantener la historicidad de los pueblos. A su vez planteamos que no solo se puede pensar en salud sino en todas las actividades que hacen la vida cotidiana del sujeto y le permitan el progreso a la parroquia en los que salud, educación, municipios y comunidad serán ejes integradores del proceso, siempre guiados por los objetivos de la ciudadanía aglutinados en la parroquia.

METODOLOGIA.-

Los métodos utilizados fueron: a) La recopilación documental en hospitales, centros de salud y oficinas centrales de la Dirección provincial de salud, El Servicio Nacional del Control de la Malaria, INEC, y Municipio de Machala; se procedió a la elaboración de planos y mapas, b) Observación participante, para lo cual se converso con líderes barriales, autoridades de salud, educación, municipales y del ejército nacional, c) Las entrevistas, para ello recurrimos a preparar y ejecutar un censo en la Parroquia que previamente fue dividida en tres sectores y cada uno de ellos en barrios, de acuerdo a lo existente que por la naturaleza y asentamientos de la formación que cronológicamente fue asumiendo la población y d) Las reuniones con grupos focales que se hizo en cada sector e incluso con los equipos de salud de cada subcentro.

El desarrollo de los SILOS significan la respuesta del sector salud a los procesos de democratización y descentralización del Estado. Representan además, una respuesta interna del sector para lograr una mayor equidad, eficacia y eficiencia de sus acciones. Con base en este enfoque se pueden identificar los siguientes aspectos fundamentales para su desarrollo.

La reorganización del nivel central para asegurar la apropiada conducción del sector y el desarrollo de los SILOS. Este es un aspecto fundamental para la conducción de los procesos tendientes al desarrollo de los SILOS, pues se debe mantener una capacidad de liderazgo para llegar con el éxito de la propuesta no solo al interior del Ministerio y el sector salud sino que debe conseguirlo también en los otros sectores.

Esto implica emprender un plan de capacitación al personal en los diferentes niveles de manera directa y permanente como también implica asegurar los aspectos financieros que garanticen el desarrollo de la propuesta sin hipertrofiarse en personal ni aspectos económicos a nivel central, sino todo lo contrario permita y facilite un liderazgo con agilidad y oportunidad.

La descentralización y la desconcentración.- A de entenderse la descentralización como un proceso esencialmente político que tiene expresiones jurídico-administrativas y que resulta alimentada por procesos económicos, culturales, históricos y geográficos; es una propuesta de cambio en el uso y la distribución de poder en el sector y en la sociedad.

La desconcentración supone la concesión de atribuciones suficientes para administrar con cierta libertad, dentro de los límites señalados por normas y disposiciones generales y específicas de las instituciones participantes, la desconcentración es pues, un componente de la regionalización.

Aspectos que se tendrán presente para el desarrollo de los silos: a) La descentralización y la desconcentración. b) Participación social. c) Intersectorialidad. d) La readecuación de los mecanismos de financiación. e) El desarrollo de un nuevo modelo de atención. F) Integración de los programas de prevención y control. g) Refuerzo a la capacidad administrativa. h) La capacidad de la fuerza de trabajo e i) La investigación.

Machala es la capital política de la Provincia de El Oro y esta formada por 2 áreas y 7 parroquias urbanas y 1 rural. El área 1 se forma por las parroquias Jubones, La Providencia, El Cambio y El Retiro, en tanto que el área 2 la componen las parroquias : Puerto Bolívar, Jambely, Machala y 9 de Mayo. Nuestro estudio se ha centrado en la la parroquia La Providencia la misma que está dividida en tres sectores: Velasco Ibarra, El Bosque y Rayito de Luz.

RESULTADOS

Se adopta la parroquialización como sistema de trabajo dentro de la regionalización de servicios a nivel provincial. De manera indirecta y colateralmente se ve favorecido el planteamiento cuando en el Congreso Nacional se discute y aprovecha una ley de Descentralización en al que entre otras cosas se señala que el trabajo de los Municipios será a través de la acción de los barrios y a nivel parroquial.

En la reunión de la discusión de las políticas de salud que el país necesita en la sesión plenaria se incorpora el criterio de trabajo a nivel nacional con parroquialización.

En el nuevo concepto de PRIDES con el Subsecretario se acuerda incluir la forma de trabajo que se viene planteando.

En la metodología de Control y Vigilancia Epidemiológica que implementará la Dirección Nacional de Epidemiología se asume dentro del plan piloto a la Parroquia La Providencia para el seguimiento de la notificación por participación comunitaria.

En la catástrofe que sufre la ciudad de Santa Rosa en la Provincia de El Oro, dentro de las acciones a implementarse para todo el trabajo que debe desarrollarse para el control y ayuda a los damnificados se propuso la atención a través de la sectorización de la ciudad con criterios de parroquialización detalladamente argumentado en la reunión de la Junta de Defensa Civil del 13 de noviembre de 1997, la que es aprobada y se inicia de inmediato las acciones para su implementación.

LA PARROQUIALIZACION COMO INSTRUMENTO DE DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1.- ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

El hecho de que grandes sectores de la población ecuatoriana sigan sin tener un acceso real a los servicios de salud, la insuficiencia y escasez de coberturas y recursos de los que dispone el Ecuador para atender las exigencias cada vez más crecientes de la población, son un grave reto a la organización de los servicios de los que se dispone.

Desde 1989 se pretende instaurar en nuestra nación un modelo de atención que cumpliendo determinados requisitos metodológicos, pueda satisfacer los requerimientos que tiene una población casi huérfana de asistencia oficial.

En esta forma de organización se pretende como **Misión del Area de Salud:** "Contribuir a solucionar los problemas y necesidades de salud más frecuentes, más trascendentes y de mayor demanda, que afectan a la población y al medio ambiente en su jurisdicción, reduciendo significativamente la morbilidad general y la mortalidad prematura de manera especial infantil y materna".

La crisis que actualmente experimenta nuestro país, hace imprescindible el análisis y aplicación de nuevos enfoques que permitan con decisión enfrentar el futuro considerando el nuevo rol que le toca jugar al Estado, en el que la descentralización y creciente participación ciudadana invita a una reflexión en el quehacer institucional en salud.

Es un imperativo nacional la construcción de POLITICAS DE SALUD DE ESTADO, a fin de crear las condiciones para la continuidad de los procesos de cambio emprendidos y

que requieren de la integración de quienes venimos trabajando en las varias fases de éste, buscando interesar a quienes tienen la obligación moral y legal de sumarse en función no solo de impulsar la participación en salud, sino llegar a alcanzar ese anhelo nacional ciudadano de una organización político-social más democrática y participativa, en busca de un auténtico desarrollo económico-social que partiendo desde la Parroquia y sus actores, aglutinados en cada barrio puedan ser los verdaderos generadores de esta transformación en provecho propio y pensando en el bien común.

La idea del presente trabajo es la de tomar todo lo actuado en SILOS en varios países, como base de experiencia y sumarlo a lo vivido por Ecuador en este mismo campo, aunarlo a la idea de cambio social existente en toda la nación e impulsarlo desde la unidad geopolítica mas pequeña que tiene en su división territorial la nación: **La Parroquia**.

La provincia de El Oro es una de las pioneras en este proceso de transformación de la atención en salud, sin embargo la falta de estabilidad y continuidad en la Dirección Institucional, la poca participación y comprensión del concepto mismo del planteamiento, sumados a la creciente crisis económica, la insuficiente participación ciudadana y el oportunismo político de las comunidades que mal orientadas no han sido agentes de cambio del proceso mismo, no han permitido ser parte de la atención oficial ni se ha podido tener la suficiente entereza y decisión de parte de sus mandos varios, para encarar el reto con las limitaciones existentes que de una u otra forma hubiese significado el despegue que nos posibilite en la actualidad contar con diferentes áreas desarrolladas en diversos grados pero desarrolladas en sí.

Mas con euforia y buenas intenciones que con distinción técnica, en Machala se han dado pasos que pudieran considerárselos como válidos en el proceso de descentralización, que a su vez han sido generadores de cambios en ese mismo sentido en otros cantones. Las Areas 1 y 2 van haciendo camino al recorrido que transitan las otras 7 áreas

que tiene la provincia y las experiencias que se cuentan son acumulativamente válidas, pues de los aciertos y errores se esta construyendo un anhelo de cambio que comienza a cristalizarse.

2.- OBJETIVOS

- Lograr integración de las instancias locales de la Parroquia La Providencia alrededor de la idea de SILOS en un horizonte mayor, que posibilite el desarrollo total e integral de la misma en todas los campos de la vida social .
- Conseguir que los diferentes actores de la parroquia trabajen en la descentralización con criterio local, optimizando recursos físicos, financieros y humanos, que permitan levantar el nivel de salud y vida de la parroquia.
- Establecer responsabilidades institucionales a ser cumplidas dentro del proceso a los diferentes participantes y la comunidad.
- Determinar una figura "legal" de la participación social en la dinámica de acción conjunta a desarrollarse, apoyados por los instrumentos legales existentes.

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la provincia de El Oro al igual que en el resto del país, desde 1979 se viene hablando de atención de la salud a través de la organización en Areas bajo la política de atención primaria, que se compadece con el planteamiento de los SILOS, son diferentes matices los de su aplicabilidad en las varias provincias del país, dependiendo de el grado de impulso e interés que cada quien le da a este planteamiento que de una u otra forma ya es

mas bien una realidad, su detenido desarrollo fundamentalmente se da por la falta de apoyo financiero.

Nuestra propuesta se basa en el planteamiento de la aplicación de los SILOS en la unidad geopolítica más pequeña en que está dividida la nación, **la Parroquia**, e impulsar la participación ciudadana desde los núcleos familiares organizados en barrios lo que permite mantener la historicidad de los pueblos. A su vez planteamos que no solo se puede pensar en salud sino en todas las actividades que hacen la vida cotidiana del sujeto y le permitan el progreso a la parroquia en los que salud, educación, municipios y comunidad serán ejes integradores del proceso, siempre guiadas por los objetivos de la ciudadanía aglutinados en la parroquia

4.- METODOLOGIA.-

³ Los métodos utilizados fueron: a) La recopilación documental en hospitales, centros de salud y oficinas centrales de la Dirección provincial de salud, El Servicio Nacional del Control de la Malaria, INEC, y Municipio de Machala; se procedió a la elaboración de planos y mapas, b) Observación participante, para lo cual se converso con líderes barriales, autoridades de salud, educación, municipales y del ejército nacional, c) Las entrevistas, para ello recurrimos a preparar y ejecutar un censo en la Parroquia que previamente fue dividida en tres sectores y cada uno de ellos en barrios, de acuerdo a lo existente que por la naturaleza y asentamientos de la formación que cronológicamente fue asumiendo la población y d) Las reuniones con grupos focales que se hizo en cada sector e incluso con los equipos de salud de cada subcentro.

5.- MARCO TEORICO

La salud individual y colectiva es el resultado de la relación que se da en una sociedad entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales. Como producto social, dependiendo de las acciones que realizan los actores sociales y políticos que intervienen sobre las condiciones de vida de las poblaciones.

En la búsqueda incesante del bienestar, el ser humano y la sociedad que se conforman con sus semejantes, han adoptado diversas conductas y estrategias para lograrlo. Cada individuo, cada grupo y cada comunidad según sus percepciones, sus pautas culturales, sus conocimientos y creencias, han movilizado sus recursos para modificar las condiciones desfavorables y alcanzar una mejor calidad de vida.

Para ello, han debido luchar contra múltiples factores del medio físico y socio cultural, por lo que esta búsqueda ha sido siempre una relación conflictiva del hombre con su entorno natural y las condiciones de su ambiente social.

Los conflictos posibles entre el bienestar individual y el bienestar colectivo, y entre el bienestar de una persona de un grupo social, o de una comunidad frente a otra, han generado situaciones en las que cada individuo, grupo o comunidad, ha utilizado su poder para procurarse el bienestar propio. Muchas veces han confrontado, otras han concertado. Algunos lo han logrado, y otros no, pero la búsqueda de la salud continua todos los días en cada individuo, en cada familia, y en cada comunidad, por que es la búsqueda de la vida misma, y el objetivo es no solo vivir, sino vivir dignamente.

Vale destacar que la "Atención primaria de salud" es atención esencial de salud basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables, de acceso universal a individuos y familias de la comunidad por medio de su participación total, y a un costo que la comunidad y el país pueden sufragar en todas las etapas de su desarrollo, en aras de la autosuficiencia y autodeterminación. Forma parte integral del

sistema sanitario del país, del cual es la función y foco principal, así como del desarrollo social y económico general de la comunidad”.

Nos parece necesario dejar claro que en este trabajo lo que pretendemos es una ampliación del concepto SILOS de manera objetiva y factible, de tal manera que en el proceso de su implementación a medida que se vayan superando los obstáculos legales, políticos, sociales, económicos, de participación y ante todo gerenciales; podamos tener en funcionamiento una Parroquia en la que interactuen todos los sectores sociales de manera coherente y armónica en busca de un solo objetivo, **El desarrollo integral de la Parroquia**, en la que cada actor y sector trabaja en función de sectorización representando a su nivel provincial o nacional con plena capacidad de la toma de decisiones y aplicación de acciones que determinen el derrotero que persigue el planteamiento que se expone.

“El concepto de Sistema local de salud se ha ido configurando a partir de diversos puntos de vista convergentes hacia el mismo propósito, como parte sustancial del desarrollo local integral.

Desde el punto de vista de desarrollo del Estado, el sistema local de salud responde a los requerimientos de la descentralización y desconcentración del aparato estatal en busca de una mayor democratización y eficacia del mismo. Por lo tanto, debe ser visto como una respuesta al proceso de desarrollo democrático en que están orientados la mayoría de los países de la Región. De allí que los sistemas locales de salud se pueden definir a partir de las divisiones político - administrativas del Estado, llamase municipio, cantón, etc.

Desde un punto de vista de desarrollo social comunitario, un sistema local de salud presupone la existencia de un conjunto poblacional identificado, con capacidad presente o potencial de actuar en forma conjunta en beneficio de su salud colectiva. De esta mane-

ra, un sistema local de salud debe contemplar los recursos del sector salud y de otros sectores componentes del desarrollo social a nivel local.

Como ya se ha dicho, el sector salud deberá acompañar, organizar y participar en estos procesos de desarrollo local. Por lo tanto, la definición de sistema local de salud, desde el punto de vista del sector salud, tiene por objetivo lograr una mayor adaptación y capacidad de respuesta a los requerimientos cambiantes y específicos de grupos de población afectados por problemas socioeconómicos, ambientales y epidemiológicos comunes. Surge así una serie de elementos propios del sector salud que pueden observarse en dos áreas complementarias: por un lado, la regionalización y reorientación de la estructura del sector en base a los procesos de descentralización, y por otro, la regionalización de la red de servicios dentro de los espacios poblacionales definidos.

Tomando el punto de vista del sector salud, un sistema local de salud es una parte integrante del sector salud, con las características de descentralización y desconcentración definidas por el Estado, con capacidad de coordinación de la totalidad de los recursos para la salud existentes integrando una red de servicios dentro de un espacio poblacional definido, ya sea urbano o rural.

Un sistema local de salud se debe identificar, además, por la existencia de una dirección responsable de la administración de las acciones de salud en ese espacio-población. Ello significa la capacidad de administración directa de algunos recursos y de coordinación de toda la infraestructura social dedicada a salud, asentada en una área geográfica, dimensionada para resolver una proporción significativa de los problemas de salud de los individuos, las familias, los grupos sociales, las comunidades y el ambiente; para facilitar la participación social y articulándose con el sistema nacional de salud al cual vigoriza y confiere una nueva dirección”.

“Los sistemas locales de salud deben verse como unidades básicas organizativas de una entidad global plenamente articulada que es el sistema nacional de salud. Es decir, los sistemas locales de salud constituyen el punto focal de planificación y gestión periféricas de los servicios de salud, bajo la influencia integradora y normativa de la coordinación nacional del sistema nacional de salud, nivel en el que se formulen políticas globales y se definen los sistemas logísticos de apoyo, técnico y administrativo que requiere la ejecución de programas y presentación de servicios en el nivel local. Dentro de este esquema nacional, los sistemas locales de salud pueden constituir las bases para la definición de los sistemas regionalizados de salud”.

En relación con lo anterior, un tema de interés se refiere al tamaño o extensión de los sistemas locales de salud. Como ya se dijo, no puede haber una fórmula única para orientar esta decisión. Ello depende de los contextos político-administrativos de cada país y de otros factores, como extensión geográfica del país, distribución de la población, comunicaciones y transporte, distribución, complejidad y capacidad resolutive de los recursos del sector salud, y niveles de eficiencia técnico-administrativos. Por lo tanto, si bien alguna dimensión político-administrativa puede constituir la base de un SILOS, como es el caso de los municipios en algunos países, las características enunciadas podrán también determinar otras soluciones. Siguiendo este enfoque, los SILOS pueden constituirse a partir de la coordinación entre varios municipios o de otras unidades político-administrativas y en otros casos especialmente en áreas urbanas, los SILOS pueden surgir a partir de la división geográfica poblacional de un mismo municipio.

En síntesis, un SILOS deberá responder a un tamaño de población no demasiado pequeño como para convertirse en una organización ineficiente y no demasiado grande como para impedir el adecuado control y coordinación de los recursos. Además, el desarrollo de servicios de salud a nivel local debería hacerse en coordinación con el proceso de de-

sarrollo y descentralización con la participación de otros sectores, introduciendo de este modo la posibilidad del enfoque intersectorial a nivel local.

Tomando las características anteriores, un sistema local de salud debe contemplar la estructura político-administrativa de un país; definirse en un espacio poblacional determinado; tener en cuenta todos los recursos para la salud y desarrollo social existentes en el mismo; responder a los procesos de descentralización del Estado y del sector salud, a las necesidades de la población y a la estructura de la red de servicios, y organizarse para facilitar la conducción integral de las acciones.

Finalmente, un campo importante que merece tratarse es el de los recursos necesarios para fomentar y desarrollar los SILOS. Al respecto se debe destacar que el énfasis en el proceso de cambio deberían centrarse en un aumento de la efectividad y el uso racional de los recursos financieros, tecnológicos y humanos disponibles. Solo después de una evaluación apropiada de la eficiencia y eficacia del uso de los recursos existentes se debería considerar una inversión adicional. Debe darse consideración especial a los recursos necesarios para consolidar la capacidad de gestión y la capacidad adecuada de los recursos humanos”.

5.1 ASPECTOS A CONSIDERAR PARA EL DESARROLLO DE LOS SILOS

El desarrollo de los SILOS significan la respuesta del sector salud a los procesos de democratización y descentralización del Estado. Representan además, una respuesta interna del sector para lograr una mayor equidad, eficacia y eficiencia de sus acciones. Con base en este enfoque se pueden identificar los siguientes aspectos fundamentales para su desarrollo.

La reorganización del nivel central para asegurar la apropiada conducción del sector y el desarrollo de los SILOS. Este es un aspecto fundamental para la conducción de los procesos tendientes al desarrollo de los SILOS, pues se debe mantener una capacidad de liderazgo para llegar con el éxito de la propuesta no solo al interior del Ministerio y el sector salud sino que debe conseguirlo también en los otros sectores.

Esto implica emprender un plan de capacitación al personal en los diferentes niveles de manera directa y permanente como también implica asegurar los aspectos financieros que garanticen el desarrollo de la propuesta sin hipertrofiarse en personal ni aspectos económicos a nivel central, sino todo lo contrario permita y facilite un liderazgo con agilidad y oportunidad.

5.1.1 LA DESCENTRALIZACION Y LA DESCONCENTRACION.- A de entenderse la descentralización como un proceso esencialmente político que tiene expresiones jurídico-administrativas y que resulta alimentada por procesos económicos, culturales, históricos y geográficos; es una propuesta de cambio en el uso y la distribución de poder en el sector y en la sociedad.

La desconcentración supone la concesión de atribuciones suficientes para administrar con cierta libertad, dentro de los límites señalados por normas y disposiciones generales y específicas de las instituciones participantes, la desconcentración es pues, un componente de la regionalización.

Para que el proceso se cumpla es necesario la firme decisión política de llevar adelante este proceso, lo ideal sería que la decisión de gobierno y de carácter global, en todo caso aunque con mayores dificultades también se puede llevar adelante el proceso solo con una decisión sectorial.

La transferencia del poder debe ocurrir del nivel central al sectorial y junto a ello no solo las disposiciones administrativas y legales sino también se transferirán los recursos económicos, humanos, tecnológicos, etc., necesarios.

Desarrollo del poder político local, dado en parte por el manejo de los recursos, pero ante todo por la formación de una base de sustentación política a través de la participación directa, activa y pluralista de las organizaciones de la comunidad.

Desarrollo de una capacidad de gestión en la prestación de servicios, lo que significa una capacidad técnica en la coordinación de recursos y en la definición, ejecución y evaluación de las actividades de salud.

5.1.2. PARTICIPACION SOCIAL.- El siguiente aspecto fundamental para el desarrollo de los SILOS lo constituye el apoyo a los procesos de participación social. La activación de la participación social y su dirección hacia la atención a la salud requiere de estrategias flexibles que vehiculicen la expresión de los grupos formales e informales y de las instituciones sectoriales que están presentes en un territorio dado. Es necesario, a la vez, que se incentive la articulación de tales grupos e instituciones para la elaboración y ejecución de propuestas concretas.

La estrategia para tal fin debe viabilizar la deliberación entre el conjunto de actores organizados (comunitarios e institucionales) sobre los problemas de salud y su atención. Además, debe promover la concertación entre los diversos actores sociales sobre lo que se debe hacer para mejorar la atención de la salud, las formas para lograrlo y sobre compromisos y responsabilidad a sumir. Los procesos de deliberación y concentración se deben apoyar en la consulta continua a la población a través de las organizaciones existentes en los SILOS.

La activación de los procesos mencionados requiere tener en cuenta las posibilidades de deliberación y concentración existentes en las comunidades, y de la ampliación o apertura de nuevas posibilidades donde puedan realizarse análisis colectivos y programas concertados mediante la planificación participativa así como de un proceso continuo de desarrollo de los recursos humanos.

5.1.3. LA INTERSECTORIALIDAD.- El desarrollo de políticas de salud de carácter intersectorial como una estrategia básica de la atención primaria deberá encontrar un adecuado ámbito de ejecución de nivel local. Todo esfuerzo de desarrollo de la salud con un enfoque amplio exigirá la conjunción de todas las fuerzas sociales y económicas con el propósito del bienestar colectivo. La intersectorialidad y la participación social son así dos fuerzas fundamentales para el desarrollo de los SILOS.

5.1.4. LA READECUACION DE LOS MECANISMOS DE FINANCIACION.- El debate sobre los montos a destinar para salud, las fuentes de financiamiento y la distribución de los recursos debe realizarse teniendo en consideración los procesos de desarrollo local y de descentralización. Lo que significa que los cambios no solo serán cuantitativos sino ante todo cualitativos que rompiendo sistemas tradicionales procure y garantice una atención integral, inclusive el saneamiento básico.

5.1.5. EL DESARROLLO DE UN NUEVO MODELO DE ATENCION.- Que signifique un proceso de cambio fundamental en los procedimientos técnicos de prestación de los servicios, en el uso de la tecnología disponible, en la integración de los conocimientos, en la forma de utilización de los recursos y en la forma de concretarse la participación social.

El desarrollo de los sistemas locales de salud debe partir del análisis de la situación de salud, proyectando el conocimiento de las necesidades e identificando y calificando las condiciones de riesgo, con el fin de orientar la definición de prioridades, la organización y utilización de los recursos disponibles.

5.1.6. LA INTEGRACION DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL.- El ámbito de trabajo de los SILOS debe otorgar la oportunidad de hacer realidad la unificación de los esfuerzos de la comunidad y de los recursos del sector en acciones conjuntas de salud.

En los sistemas locales de salud se vuelve más concreta la posibilidad de articular el desarrollo de programas, que buscan atender las necesidades de la población con la estructura y el funcionamiento de la capacidad instalada existente para la producción de los servicios necesarios.

5.1.7. EL REFUERZO DE LA CAPACIDAD ADMINISTRATIVA.- Se busca optimizar recursos y mejorar sistemas de administración que supere la insuficiente capacidad operativa de los servicios y el gasto improductivo, para ello es necesario tener y aplicar el nuevo concepto de gerencia que debe entenderse como el de una acción que viabiliza la optimización de los recursos para el logro de los objetivos de la institución de salud, mediante un proceso continuo de planificación, programación, organización y coordinación de recursos para el desarrollo de las acciones, bajo una dirección adecuada en la ejecución y presencia de permanente supervisión, seguimiento y evaluación.

5.1.8. LA CAPACIDAD DE LA FUERZA DE TRABAJO.- Dentro de este propósito, el personal de salud y la comunidad requieren nuevos procesos de comunicación, integración y colaboración tendientes a incidir en los problemas de salud, en sus factores determinantes y en la dinámica comunitaria. Se deben redefinir las funciones del personal e

instrumentar mecanismos para la vinculación del personal al sistema de servicios, y promover su educación continua y supervisión de acuerdo con los planteamientos integrales y estratégicos que orienten el nuevo enfoque.

5.1.9. LA INVESTIGACION.- La investigación de servicios de salud deberá acompañar desde su comienzo todo proceso de reorganización y reorientación del sector en base al desarrollo de los SILOS que nos permitan evaluar la eficacia y calidad, la cobertura obtenida, la eficiencia en el uso de los recursos, así como el grado de participación social logrado.

La investigación de los SILOS deberá realizarse en coordinación fundamentalmente con los prestadores de los servicios, la comunidad y los usuarios, facilitando de esta manera la posibilidad de que sus resultados sirvan para implantar acciones correctivas para lograr avanzar hacia una nueva mejor salud de la población.

5.2 EXPERIENCIAS EVALUADAS DE SILOS EN OTROS PAISES DE AMERICA.

“En CUBA los SILOS están totalmente descentralizados desde el punto de vista administrativo y financiero y tienen una infraestructura que les permite dar acceso al 100% de la población. Actualmente se esta favoreciendo la atención a la salud de la familia formando médicos y enfermeras de familia”.

“En ESTADOS UNIDOS los servicios de atención a la salud son provisto por instituciones de financiamiento público y privado. Sus sistemas de servicios son altamente dependientes del pago realizado o por aportes de personas a través del sistema público y privado. Ello es un reflejo de la pluralidad que caracteriza al programa a de atención a la salud que se da a lo largo y ancho del país”.

“En MEXICO los SILOS están integrados por el sistema de seguridad social, el privado y el público en coordinación programática interinstitucional. El SILOS abarca varios municipios en su tramo de control y su financiamiento es federal Estatal y Municipal. Otras de sus características es que los equipos de supervisión realizan el abastecimiento de insumos y acciones preventivas de mantenimiento y capacitación en servicios. La comunidad está representada por comité de salud que participan de diferentes formas en el funcionamiento de los servicios.”

“En CANADA los SILOS lo encabeza un Consejo que potencialmente se identifica como SILO, su organización parte de los organismos comunitarios. El presupuesto proviene de impuestos y está descentralizado.”

“En SALVADOR Se impulsa la participación social en salud focalizándolos en el desarrollo de la planificación local. Ofrece un conocimiento básico que permite actuar en etapas y acciones del proceso de desarrollo y fortalecimiento de los SILOS”

“En COSTA RICA se ofrece una guía sobre la concepción y la metodología a utilizar a nivel local para el desarrollo de la capacitación social. El objetivo es promover un acercamiento entre los funcionarios de salud y miembros comunitarios.”

“En VENEZUELA se orientan hacia la organización comunitaria y programación local, organización y rehabilitación de los servicios, educación en salud y autoevaluación”.

“En BRASIL se busca fortalecer la Sociedad civil, ciudadanía y participación popular. Se lucha por los servicios públicos de calidad y por los derechos fundamentales de la ciudadanía”.

“En BOLIVIA se fundamenta la atención en el plan nacional de supervivencia, desarrollo infantil y salud materna. Aun no se tiene las bases legales que reglamente la descentralización puesto que en el ámbito nacional este proceso se encuentra en etapa de análisis y discusión”.

“En HAITI se ha podido establecer buenas relaciones de trabajo entre los establecimientos de la red con los demás establecimientos de salud que cubren el área de SILOS pero estas relaciones no son oficiales. Esta financiado el SILOS casi en un 80% por organizaciones filantrópicas extranjeras.

“En REPUBLICA DOMINICANA Aunque la decisión de impulsar el desarrollo de los sistemas locales de salud data de 1987, los primeros intentos se pueden iniciar en los inicios de 1988 en que se seleccionaron tres regiones de salud en las que se pretendía implementar este modelo. Los trabajos en este sentido se orientaron básicamente a la definición de estos sistemas. Así a cada una de las regiones se les asigno una responsabilidad, a una diseñar los instrumentos de programación a otra el diagnostico y a la otra forma de gerencia; la idea consistía en el intercambio de las experiencias para su posterior generalización”.

5.3 EXPERIENCIAS EVALUADAS DE SILOS EN ECUADOR

En ECUADOR Se ha determinado por Decreto Ejecutivo No. 3292 del 29 de abril de 1992 la división del país en 183 áreas de salud como nivel básico de organización y operación regionalizada y descentralizada, de los servicios del Ministerio de Salud Pública, con criterios geográfico-poblacionales y socio-económico-cultural, que rompiendo el esquema tradicional de atención verticalizada pueda llegar con una metodología diferente de atención. Las 21 provincias del Ecuador se encuentran trabajando y desarrollándose

en esta concepción, su avance es lento y con diferentes matices tanto en lo técnico como en lo financiero-administrativo.

Mediante registro oficial No. 169 de Octubre 8 de 1997 se publica la Ley especial de descentralización del Estado y de Participación social. En la que en su artículo primero señala como OBJETIVO "Impulsar la ejecución de la descentralización y desconcentración administrativa y financiera del Estado, la participación social en la gestión pública, así como poner en práctica la categoría de Estado descentralizado"

En el artículo 36 de la misma ley se indica "Formas de participación local y comunitaria.- Sin perjuicio de otras formas de participación reconocidas en la Constitución política y las leyes de la República, los Alcaldes, Prefectos provinciales y Organismos de desarrollo regional, con la finalidad de lograr el desarrollo de la comunidad y mejorar las condiciones de vida de los habitantes de las respectivas circunscripciones, promoverán e impulsarán la participación social e iniciativa popular a través de las siguientes entidades sociales territoriales:

a) Comités Barriales, b) Federaciones barriales y c) Juntas parroquiales."

En la Provincia de El Oro desde 1979 posterior a la declaración de Alma Ata se viene intentando con diversas acciones trabajar en una concepción de regionalización de los servicios, fue en el Cantón Pasaje en donde de manera extraoficial se ensayó la propuesta de descentralización, dividió al cantón en 18 sectores cada uno con una unidad de salud, y de a poco se los fue dotando de recursos, por falta de apoyo nacional no prosperó la idea. Luego de una década se retoma la iniciativa con la participación del nivel central que tenía en marcha el proceso en algunas provincias de la sierra.

En la marcha de este proceso se han ido incorporando importantes logros que han lo fortalecido, como es el caso de la ciudad de Machala que impulso con gran decisión la idea y hoy tiene grandes satisfacciones en el haber podido combinar la atención primaria, participación comunitaria e integración efectiva del equipo de salud a este nuevo reto.

El accionar del ciudadano común en su lugar de vivienda y con los suyos lo hace asumir con entereza su rol de defensor de lo que considera es su propiedad pues allí va labrando su historia presente y futura. Es entonces que surge la idea, necesidad y razón de ser de la parroquialización que rompiendo la tradición de pedir ayuda en salud a los demás sectores sin dar nada, se pase a la etapa en que se interactúe entre los sectores sociales barriales de la parroquia en función de los objetivos generales de la parroquia y no de un solo sector, lo que si permitirá impulsar el concepto salud al desarrollo.

Cabe señalar como aspecto importante que en el País se desarrollo un Seminario taller para con la participación de los representantes de las áreas de salud discutir sobre las políticas de salud que deberíamos tener no como dádiva de ningún gobierno sino como políticas de Estado; damos a conocer los aspectos de más trascendencia de las conclusiones de la señalada actividad.

5.4 FORMULACION DE LAS POLITICAS DE SALUD

Se reconocen tres espacios o niveles de acción en la formulación de políticas de salud:

- a) Las políticas de salud que norman las acciones de salud en la sociedad en general, los derechos y deberes ciudadanos en la promoción de las salud y prevención de las enfermedades y las diferentes regulaciones sanitarias.
- b) Las políticas para el sector salud que involucran a los diversos actores institucionales que intervienen en el proceso de atención en salud, desde una perspectiva sectorial; y

c) Las políticas que corresponden al ámbito de acción del ministerio de Salud como institución de rectoría del sector, como prestador de servicio de salud pública y garante de la atención de los más pobres.

Políticas de salud a nivel general e intersectorial.- El Estado desarrollara acciones para mejorar las condiciones de salud y vida de la población, garantizando la coordinación entre los sectores sociales y económicos.

Promoverá condiciones saludables del medio ambiente físico y social y dictara normativas para la explotación racional (sin afectación ambiental y humana) de los recursos naturales.

Desarrollará en conjunto con otros sectores, una estrategia de seguridad alimentaria sobre todo para los sectores más vulnerables.

Impulsará los procesos de la descentralización de la gestión pública promoviendo la participación social y el control ciudadano.

Apoyará la creación de una cultura de salud y la promoción de hábitos saludables, mediante acciones de información, educación y comunicación social en salud.

Políticas de salud a nivel sectorial.- Conducir el proceso de organización y funcionamiento del sistema nacional de salud mediante la articulación de las instituciones públicas y privadas conforme los principios de equidad, integralidad, accesibilidad, eficiencia, calidad y solidaridad con proyección al establecimiento de un seguro universal de salud de base pública.

Regular la asignación y utilización de recursos financieros en base a prioridades locales, promover alternativas para la asignación equitativa y eficiente de recursos y promoviendo el subsidio a la demanda.

5.5 SITUACION ACTUAL DE ECUADOR

No es posible entender lo que le pasa al sector salud en nuestro país sino lo correlacionamos con la economía nacional, así como también de la manera en que ésta se encuentra inserta en la economía latinoamericana. No se logra aún entender cuales son los mecanismos y las bases que posibiliten la expansión de la productividad en nuestros países que nos permitan eliminar el atraso, la miseria y pobreza.

Se pierde cada vez más la capacidad de liderazgo de nuestra clase política, que se ve empequeñecida ante la grave responsabilidad de enfrentar el desarrollo sostenido de nuestros pueblos, y de manera particular en Ecuador que vivimos el grande atraso registrado en todos los tiempos de su vida republicana, pues se evidencia corrupción, inestabilidad política, pérdida de los más elementales principios de moral y valores éticos en todas las esferas de los Poderes que hacen el Estado, todo lo que afecta la imagen nacional de por si ya desgastada ante el concierto internacional que hacen y permiten el acceso a los mercados y corrientes financieras.

Es fenómeno natural la constancia de como los capitales nacionales lejos de ser invertidos en el país, se fugan a otras plazas que garanticen su rentabilidad sin que prime ninguna consideración ni sentido patrio. La deuda externa que mantienen nuestras naciones se ven más abultadas cuando los prestamistas internacionales aglutinados en clubes de acreedores en vez de transferir recursos financieros que alienten la formación de capital en nuestros pueblos, mas bien absorben ahorros en gran escala.

Los reclamos sociales de los diferentes sectores expresados en huelgas, paralizaciones y desobediencias van minando la resistencia de un país que va perdiendo su capacidad de gobernabilidad y visión de futuro. Añádase a esta situación la abultada carga que significa para un elevado porcentaje de ecuatorianos que sin fuentes de trabajo deben dedicarse al comercio informal como modo de sobrevivir.

Como dejar de mencionar el efecto que se siente por la reducción de las inversiones en salud, educación, agricultura, vivienda, saneamiento y transporte que va formando una atmósfera social irresistible para la vida digna de cualquier ciudadano.

Se vive la hora de profundos cambios en la política y vida de los pueblos de América latina y el mundo, el Ecuador es arrastrado a estos, lo que le significa estar hablando de modernización del Estado y despejar el poder decisorio centralizado hacia la periferia, para permitir la formación de una nueva fuerza organizativa del poder local, en la que el hombre común pueda acceder a departir con sus ideas, experiencias y anhelos de cambio lo que podría ser el Ecuador del presente y del futuro, de tal manera que la presente coyuntura cambie el crecimiento económico en busca de mayor equidad, con esas formas de participación en la el desarrollo de la salud tenga un rol determinante como elemento motivador e integrador.

5.6 GENERALIDADES DE LA PROVINCIA DE EL ORO

La provincia de El Oro, se encuentra situada al Sur-Oeste de la República del Ecuador, al Sur de la Línea Equinoccial. Tiene la forma de un rectángulo irregular. Limita por el Norte con las provincias del Guayas y Azuay; al Sur y al Este con la provincia de Loja; al Occidente con el Océano Pacífico; y al Sur-Oeste con la República de Perú.

El territorio de la provincia tiene una extensión de 5.850 kilómetros cuadrados y cuenta para 1997 con una población estimada de 524.620 habitantes distribuidos en 72.5% Urbanos y 27.5% Rurales. La tasa de crecimiento poblacional para el periodo 1982 - 1990 fue de 2.6%. Destacan como ciudades más pobladas: Machala con el 41% y en menor porcentaje Pasaje y Santa Rosa (12% c/u).

La provincia presenta una doble fisonomía, conformada una parte por montañas bajas y secas, estribaciones subtropicales de la cordillera occidental de los Andes y, en su mayor parte por una planicie litoral seca. Las diversas características del suelo, los variados ecosistemas y la presencia predominante del clima sub-humedo seco, ha proporcionado a su territorio buenas condiciones para la producción agropecuaria. Un hecho importante en el proceso demográfico de los últimos veinte años es el notable crecimiento poblacional ocasionado por la presencia especialmente del Austro Ecuatoriano.

El sector educacional ha progresado de manera notable desde el nivel pre-primario hasta el universitario. Tiene un bajo índice de analfabetismo, menos del 4%.

La producción agropecuaria es una de las de mayor importancia en el ámbito nacional, que ha dado lugar para tener una buena vinculación con el mercado internacional a través de su producción exportable especialmente de Banano, Camarón, Cacao, Café y otros.

La provincia de El Oro ha sido históricamente conocida como una de las ricas en recursos minerales del país. Las antes famosas minas de oro (de allí su nombre) existentes en la zona de Portovelo y Zaruma, que han sido explotadas durante el periodo Colonial y Republicano ya no son trabajadas con la técnica requerida y sus yacimientos, muy ricos todavía, son hoy atendidos y explotados mediante trabajos rudimentarios, si bien productivos pero a un alto costo para la salud de trabajadores y su entorno poblacional y

ambiental; se cuenta en la actualidad con un número que sobrepasa los doce mil mineros en actividad.

La Industria y el Turismo son de crecimiento discreto, a pesar de que se cuenta con potenciales recursos para su desarrollo e incremento.

La provincia de El Oro tiene 14 cantones y 71 parroquias entre urbanas y rurales, para su actividad en salud se la ha dividido en 9 Areas de salud.

Machala, capital provincial concentra al 35 de la población urbano Provincial y con ello los problemas del urbanismo manifiestos en déficit de saneamiento básico de manera particular en el cerco urbano marginal que crece día a día como crecen sus carencias.

5.7 EL ORO VISTA EN UNA PANORAMICA GENERAL DE SALUD

5.7.1 ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

En la provincia de El Oro, las entidades prestadoras de servicios de salud en 1996 contaban 195 establecimientos que corresponden a los subsectores: Público, Privado sin fines de lucro, Privados con fines de lucro; además de la práctica tradicional (sobadores, curanderos y comadronas), que gozan de la confianza de gran parte de la población sobre todo del área rural, se incluyen 78 comadronas capacitadas por el Ministerio de Salud.

Indudablemente que la mala distribución de los profesionales de la salud, mal que le ocurre a todo el país, permite que gran cantidad de poblaciones y habitantes de parroquias rurales o simplemente alejadas de la capital provincial se queden sin la atención médica requerida, con ello se agiganta la diferencia entre quienes pueden disponer de una mediana atención a su salud y los que nada tienen.

Cuadro 1

**ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN SECTOR
CON Y SIN INTERNACION**

SECTOR	TOTAL	SIN INTERNACION	CON INTERNACION	
			# Estab.	# Camas
<u>Público</u>				
M.S.P.	91	83	8	411
M.B.S.(IESS-SSC)	24	23	1	38
FF.AA.	10	9	1	81
POLICIA	2	2	0	0
OTROS	2	2	0	0
<u>Privados</u>				
SIN FINES DE LUCRO	10	3	7	0
CON FINES DE LUCRO	56	0	56	336
TOTAL	195	122	896	122

FUENTE: Dept. Estadística D.P.S.O. 1996

El mayor número de unidades de salud corresponden al subsector público y de éstas al M.S.P. Existe un establecimiento con internación por 10 mil habitantes y 1.7 camas por mil habitantes.

En cuanto a Recursos Humanos la provincia de El Oro cuenta con 715 médicos, 354 enfermeras, 138 odontólogos, 39 obstetrices; es decir por cada 10 mil habitantes hay 14 médicos, 6.7 enfermeras, 2.6 odontólogos y 0.7 obstetrices. El personal profesional se ha incrementado en la Dirección de Salud, sin embargo no es suficiente para cubrir los requerimientos que exige la demanda siempre creciente.

5.7.2 MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Enmarcada en el proceso de modernización del Estado, la Dirección de salud de El Oro ha dividido a la Provincia en 9 Areas de Salud con el sistema regionalizado de servicios

de atención integral a la población a través de las 91 unidades existentes. Se ha comenzado a pensar y actuar con criterio de **parroquialización**, en donde se busca atender y actuar desde cada barrio a las familias y las personas que viven en la parroquia, procurando su integración a las actividades desde el diagnóstico, planeación, ejecución y hasta la evaluación, etapas en las que actúa el ciudadano común como ente social actor directo de los procesos de cambio, sin perder su historicidad ni identidad; también tienen rol determinante las Instituciones públicas y privadas de cada ámbito de trabajo, el tiempo cercano nos permitirá medir resultados.

El proceso indicado es notoriamente marcado en el cantón Machala, en donde por concentración poblacional se la ha dividido en 2 Areas de Salud con un total de 15 unidades ambulatorias distribuidas en las 7 parroquias urbanas, con un promedio de 13.000 habitantes en cada una; estas áreas se han desarrollado entre otras razones por la dedicación y mística de sus equipos de salud que están casi completos (85%), lo que es comprobable por la importante demanda a sus servicios y la participación ciudadana en sus acciones.

Las otras 7 Areas de Salud de la provincia tienen lo suyo, y aunque por insuficiente capacidad instalada y de recursos avanza mas lentamente, ello no es impedimento para actuar en forma activa , dinámica y multiforme por alcanzar el mismo nivel de participación y desarrollo.

5.8 INFRAESTRUCTURA, RECURSOS HUMANOS Y PRESUPUESTO.

La atención ambulatoria está dada por la consulta externa de Hospitales, Centros Sub-centros y Puestos de salud. La hospitalización la brindan 7 hospitales y 1 Maternidad, con un promedio provincial de una cama por mil habitantes, un porcentaje de ocupación de camas de 57.9%, promedio de días estada de 3.5, cuentan con equipamiento y se observan 12 quirófanos que brindan una atención básica.

En referencia a los recursos humanos se contabilizan 1.426 trabajadores de la salud, con una tasa de recursos de 2.7 por cada mil habitantes; distribuidos en 693 empleados y 733 obreros. Los médicos son 235, ubicados en área urbana 205 y 30 en la rural; lo que da 5.4 y 2 por cada 10 mil hab. respectivamente.

Cuadro 2
**NUMERO DE PROFESIONALES DE SALUD Y TASAS
DE LA PROVINCIA DE EL ORO**

PROFESIONALES	NUMERO	TASA x 10 MIL HAB.
Médicos	235	4.5
Odontólogos	51	0.9
Enfermeras	148	2.8
Obstetricas	28	0.5

Fuente: Departamento Recursos Humanos DPSO año 1.996

El presupuesto que asigna el Ministerio de Finanzas a la Dirección de Salud es manejado por cada área, ya que todas están en la descentralización financiera, salvo en ciertas acciones que aún permanecen verticalizadas en Machala. Para 1996, incluyendo las reformas, el presupuesto fue de 25.165'966.000 sucres; en relación al año de 1995 se produjo un 15% de déficit.

5.9 COBERTURAS DE ATENCION

La Dirección de Salud en El Oro brinda atención integral a grupos programáticos de acuerdo a las normas establecidas; las coberturas alcanzadas en 1996 en el campo Materno-Infantil son: atención de embarazos 61%, control de post-parto 12% , control de menores de un año 77%, de 1 a 4 años 14%, regulación de la fecundidad 3.2%, detección oportuna del cáncer 5.5%; en relación a los años anteriores estos indicadores han

mejorado significativamente al igual que las concentraciones de consultas. El total de atenciones por morbilidad fue de 164.930, es decir 3 consultas por cada 1000 habitantes/año.

5.9.1 COPARTICIPES

La Dirección de salud mantiene un buen nivel de coordinación con Instituciones afines como el Servicio Nacional de Control de la Malaria, con el Instituto Nacional de Higiene, Cruz Roja, Solca y otras, para la acción conjunta en bien de la salud de la población.

5.9.1.1. INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

El I.E.S.S. perteneciente a la regional 9, proporciona atención de salud a través de consulta externa y hospitalización a los 29.718 afiliados que corresponde al 6% de la población; el financiamiento esta dado por las aportaciones de los asegurados, complementado con el presupuesto asignado por el Estado. Tienen un hospital en la ciudad de Machala; que cuenta con dos quirófanos, 40 camas para Medicina Interna, Cirugía, Traumatología, Gineco-obstetricia y Pediatría. El porcentaje ocupacional es de 59%; los días de estada 4.9 La atención ambulatoria se da en la consulta externa, su producción en 1996 de 3.3 afiliados/consulta/año. El recurso humano que labora en la institución es : 29 médicos, 4 odontólogos, 25 enfermeras, 38 auxiliares de enfermería, 24 de otras profesiones y 26 personas de servicios varios.

Esta unidad es el centro de referencia de los 6 dispensarios médicos ubicados en los cantones: Pasaje, Santa Rosa, Piñas, Huaquillas, Portovelo y Zaruma; tienen 12 consultorios anexos que funcionan en Instituciones grandes como Autoridad Portuaria, Empresa Eléctrica y otras.

5.9.1.2 SEGURO SOCIAL CAMPESINO

Cubre el 11.8% de la población rural, recibiendo atención ambulatoria a través de los 12 dispensarios que están ubicados en mayor porcentaje en los cantones de: Piñas, Zaruma y Pasaje; se financian con el 1% de las aportaciones de los afiliados más el 1% del salario mínimo vital que cada jefe de familia aporta. El número de consultas brindadas en 1996 fue de 2.828 atenciones.

5.9.1.3 FUERZAS ARMADAS

Los Ministerios de Defensa y Gobierno tienen su representación, los primeros con el Hospital Militar de Pasaje que está dotado de un quirófano y 81 camas para hospitalización, además tienen 9 dispensarios sin internación pero con 51 camas de emergencia, ubicados en diferentes Destacamentos. Brindan atención de internación y consulta externa a militares, familiares de éstos y a parte de la población civil.

El Ministerio de Gobierno tiene dos unidades sin internación en Machala y Huaquillas con 3 camas de emergencia para la atención al personal de la policía.

Ambas instituciones dan de manera regular atención a la población de áreas marginales y rurales a través de brigadas de acción cívica.

5.9.2 SUBSECTOR PRIVADO SIN FINES DE LUCRO

Entre las Instituciones que se cuentan en este subsector están: APROFE, SOLCA Y CRUZ ROJA, las mismas que subsisten con aportes del Estado así como con la recuperación de costos en el cobro de tarifas por atenciones: SOLCA realiza actividades en las especialidades de Ginecología y Gastroenterología, tiene equipamiento para Endoscopías

y Mamografía. APROFE con los dispensarios ubicados en algunos cantones atiende en planificación familiar y morbilidad en mujeres. CRUZ ROJA con el Banco de Sangre Provincial y 35 Socorristas activos contribuye en la atención a la salud de los que residen en El Oro.

5.9.3. SUBSECTOR PRIVADO CON FINES DE LUCRO

Esta representado por las clínicas privadas que cuentan con internación y consultorios privados, el costo por atención varia de acuerdo a la especialidad. Para 1996 habían 56 establecimientos con internación; así: 22 clínicas, 28 Policlínicas y 6 Centros Médicos con un total de 336 camas, lo que significa 6 camas por 10 mil hab. La capacidad diagnóstica complementa la inexistente en el sector público, como el Tomógrafo axial computarizado.

Uno de los problemas centrales es la falta de información estadística hacia el ente regulador que lo constituye el MSP, así como la insuficiencia de recurso profesionalizado en el cuidado directo de los pacientes, pese al elevado costo de la atención.

Cuadro 3

PROVINCIA DE EL ORO PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD AÑO 1995

INDICADORES	TOTAL	TASAS
POBLACION	512.887	
NATALIDAD	7.428	14.8 x 1.000 hab.
MORTALIDAD GENERAL	1.836	3.7 x 1.000 hab.
MORTALIDAD INFANTIL	143	19.3 x 1.000 N.V.
MORTALIDAD MATERNA	4	53.3 x 100 mil N.V.

Fuente: Depto. Estadista D.P.S.O.

Estas tasas son significativamente más bajas que la media nacional, lo que hace la situación de la provincia de El Oro tenga menor riesgo social que algunas de otras provincias.

5. 10 MORBILIDAD EN LA PROVINCIA DE EL ORO EN EL AÑO 1996 SEGÚN EL INFORME DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA

El Epi 1, formulario de notificación de casos probables o sospechosos registro para 1996 la siguiente situación: por cada 10 mil hab. Dengue clásico 16 casos, Paludismo 12.7; en tercer lugar se presentaron las enfermedades febriles y eruptivas de la infancia entre las que cuenta varicela y rubéola con 10.8.

Las intoxicaciones alimentarias agudas, entre las que se incluyen enfermedades hídricas y por manipulación directa de alimentos presentó 6.8 casos por 10 mil hab., en tanto que los Síndromes Ictérico-Hepatitis manifestó un 2.8, de alguna manera relacionadas estas dos últimas entre si.

No podemos dejar de señalar 4 casos de rabia humana, 7 de difteria, 3 de tétanos neonatal y 4 de meningitis meningocócica, patologías que van de la mano con la pobreza, la miseria y el déficit educativo; patologías que comparadas con años anteriores ha reaparecido, aunque en lo que va de 1997, salvo un caso de tétanos no tenemos ninguna de las otras.

De manera positiva vale señalar la disminución cuantitativa de los casos de sarampión, pues solo se reportaron 8 de los que apenas se comprobó clínicamente un caso, de manera similar es el comportamiento de la parálisis flácida y la tosferina, patologías que en 1997 no se han presentado.

El Epi 2, que es el formulario de notificación mensual de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica que han podido ser comprobadas, dio:

Cuadro 4

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

ENFERMEDADES	TASAS x 10 mil hab.
Hepatitis Vírica	5.2
Gonorrrea	4.9
Sífilis	1.0
Otras E.T.S. (Linfogranuloma, Condilomas, Herpes)	5.5

Fuente: Dpto. Estadística D.P.S.O. año 1996

Significativa presencia de estas patologías en una provincia fronteriza y con Puerto Internacional en donde el SIDA ha comenzado a tener presencia aunque aun discreta.

Cuadro 5

ENFERMEDADES CRONICAS, LABORABLES Y ACCIDENTES DE TRANSITO

ENFERMEDADES	TASAS x 10 mil hab.
Fiebre reumática	1.4
Hipertensión arterial	27.5
Diabetes	8.2
Intoxicaciones por plagicidas	2.1
Accidentes domésticos	17.9
Accidentes Laborables	1.8
Accidentes de transito	6.7

Fuente: Dpto. Estadística D.P.S.O. año 1996

Ocupan lugar preferente los problemas de urbanismo y la moderna contaminación ambiental.

Cuadro 6

ENFERMEDADES GASTROENTERICAS

ENFERMEDADES	TASAS x 10 mil hab
Fiebre Tifoidea	23.4
Salmonellosis	24.7
E.D.A.	208.3

Fuente: Depto. Estadística D.P.S.O. año 1996

En este cuadro es de señalar el importante porcentaje de hospitalización sobre estos casos que llega a un 5%. Sin embargo al retirar las EDAS el porcentaje de hospitalización alcanza el 18% que da significación en cuanto a la gravedad del problema.

Cuadro 7

TUBERCULOSIS Y OTRAS RESPIRATORIAS

ENFERMEDADES	TASAS X 10 MIL HAB.
Tuberculosis pulmonar confirmada	9.8
Tuberculosis pulmonar no confirmada	4.6
Otras formas de tuberculosis	0.3
I.R.A.	687.3

Fuente: Depto. Estadística D.P.S.O. año 1996

Algo similar ocurre con las tuberculosis y las IRAS en la hospitalización, al retirar a éstas últimas notamos un 22% de hospitalización en tuberculosis.

En las enfermedades inmunoprevenibles destacan la varicela y la rubéola con tasas de 13 y 14 por 10 mil habitantes. La Lepra en la provincia ha dejado de ser un problema de

salud pública, pues desde 1992 se la considera eliminada, se presenta una muy insignificante incidencia y una prevalencia que tiende a desaparecer de los registros.

En tanto que por la acción minera en la parte alta de la provincia, la Silicosis y las intoxicaciones por mercurio y otros minerales van tomando cada vez más lugares protagónicos en la presencia de problemas del entorno y de las personas fundamentalmente en los cantones de la parte alta de la provincia.

Cuadro 8

ENFERMEDADES DEL COMPORTAMIENTO HUMANO

ENFERMEDADES	TASAS x 10 mil hab.
Depresión	4.1
Alcoholismo	2.8
Psicosis	0.6
Farmacodependencia	0.2
Retardo mental	0.6
Epilepsia	4.9
Suicidios (intentos y consumados)	1.2

Fuente: Depto. Estadística D.P.S.O. año 1996

Estas patologías demuestran una discreta presencia, se estima un subregistro importante; si las vemos en conjunto significan un 14 por 10 mil habitantes que indica que los problemas de recreación y stress no van de la mano.

5.11. SITUACION ACTUAL DE LA MALARIA EN LA PROVINCIA DE EL ORO

La malaria en la provincia de El Oro sigue siendo un problema de salud pública y una de las principales causas de morbilidad, provocando un gran impacto económico sobre las familias y por ende en la Provincia, por los gastos directos e indirectos ocasionados por la pérdida de días laborables, diagnóstico y tratamiento en los que se incurre.

Si observamos los datos maláricos de los últimos siete años, expresado en el siguiente cuadro, vemos que el año 1993 fue el más positivo, ya que se notificaron 5.482 casos, obteniéndose un Índice Parasitario Anual (IPA) de 12, dando a la provincia la categoría de **Alto Riesgo para enfermar de malaria**, y lo que es aún más grave, la frecuencia relativa a infecciones a falciparum (FRIF) fue de 46%, lo que evidenció el gran deterioro epidemiológico malárico.

Cuadro 9

INDICES MALARICOS DE LA PROVINCIA DE EL ORO DEL SEPTENIO
DE 1990 A 1996

AÑOS	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
POBLACION	414.301	425.487	436.975	448.774	460.89	475.759	498.841
MUESTRAS EXAMINADAS	10.036	11.07	22.494	29.792	19.527	16.987	12.306
TOTAL CASOS	2.381	2.467	3.543	5.482	3.174	1.094	649
CASOS A FALCIPARUM	292	213	1.299	2.527	1.091	231	98
IA.E.S.	2	3	5	7	4	4	3
IPA	6	6	8	12	7	2	1
ILP	24	22	16	18	16	6	5
FRIF	12	7	37	46	34	21	15

Fuente: Depto. Estadística SNEM El Oro

Sin embargo en los años siguientes el numero de casos disminuye significativamente, notificando en 1996 solo 649 casos, lo que da un **IPA DE 1**, Calificando a la provincia

en **bajo riesgo malárico**. Esta mejoría epidemiológica puede ser debido a que en estos últimos años los inviernos no han sido fuertes, como también a las siguientes labores ejecutadas por la zona:

- 1.- Detección y diagnóstico oportuno, con tratamiento inmediato de los casos.
- 2.- Seguimiento de los casos detectados.
- 3.- Búsqueda de los colaterales.
- 4.- Búsqueda activa de los febriles
- 5.- Tratamiento colectivo en las localidades más afectadas.
- 6.- Fumigación intra y peridomiciliar inmediata de focos.
- 7.- Rociado intradomiciliar mediata de focos.
- 8.- Rociado intradomiciliar de localidades rurales y barrios suburbanos afectados.

5.12 CONTROL DEL AEDES-AEGYPTI Y DENGUE

En la provincia de El Oro desde el invierno de 1988 se tiene la presencia de Dengue Clásico; por el informe de I.N.H. se conoce que circulan los Serotipos 1, 2 y 4 sin que se hayan presentado casos de dengue hemorrágico, aunque persiste el peligro permanente de su presencia.

En el Oro generalmente los Indices de Aedes Aegypti se han mantenido en la mayoría de localidades por debajo de 5, pero durante 1997 se ha evidenciado un deterioro, en el que la ciudad de Huaquillas tiene un índice de Breteau de 67.6, Santa Rosa 20.2, Arenillas 12.1

Este deterioro epidemiológico del Aedes Aegypti en el presente año se debe a que no se ha podido realizar una permanente vigilancia epidemiológica por la falta de recursos principalmente humanos.

5.13 COMPOSICION DE LA PARROQUIA PROVIDENCIA

Machala es la capital política de la Provincia de El Oro y esta formada por 2 áreas y 7 parroquias urbanas y 1 rural. El área 1 se forma por las parroquias Jubones, La Providencia, El Cambio y El Retiro, en tanto que el área 2 la componen las parroquias : Puerto Bolívar, Jambely, Machala y 9 de Mayo. Nuestro estudio se ha centrado en la la parroquia La Providencia la misma que está dividida en tres sectores: Velasco Ibarra, El Bosque y Rayito de Luz.

5.14 COMPOSICION SOCIO-GEOGRAFICA DE LA PARROQUIA LA PROVIDENCIA DE LA CIUDAD DE MACHALA

Cuadro 10

POBLACION POR SECTORES DE LA PARROQUIA LA PROVIDENCIA

Grupo de Edad	Parroquia la Providencia		Sector Velasco Ibarra		Sector El Bosque		Sector Rayito de Luz	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menores de 1 año	581	2.76	248	2.78	220	2.56	113	3.21
De 1 a 4 años	1959	9.31	813	9.11	723	8.41	423	12.00
De 5 a 9 años	2564	12.19	1049	11.76	993	11.55	522	14.82
de 10 a 14 años	2443	11.61	1047	11.73	953	11.09	443	12.57
De 15 a 19 años	2505	11.90	1081	12.11	1058	12.31	366	10.39
De 20 a 29 años	3609	17.15	1563	17.52	1470	17.10	576	16.35
De 30 a 39 años	3234	15.37	1345	15.07	1339	15.58	550	15.61
De 40 a 49 años	2180	10.36	910	10.20	977	11.37	293	8.32
De 50 a 59 años	1142	5.43	515	5.77	490	5.70	137	3.89
De 60 y más años	825	3.92	352	3.94	373	4.34	100	2.84
T O T A L	21.042	100.00	8.923	100.00	8.596	100.00	3.523	100.00

Fuente: Censo aplicado en el estudio Octubre de 1.997

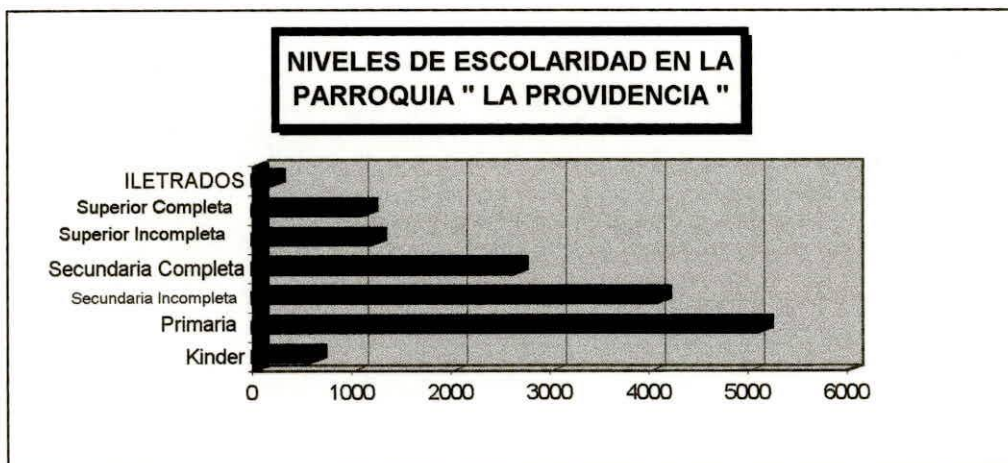
Cuadro 11

ESCOLARIDAD POR SECTORES DE LA PARROQUIA LA PROVIDENCIA

	Parroquia la Providencia		Sector Velasco Ibarra		Sector El Bosque		Sector Rayito de Luz	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Escolaridad								
No Kinder	951	6.1	331	5.0	435	6.9	185	7.1
Kinder	576	3.9	213	3.3	204	3.4	156	6.4
Primaria	5084	34.4	2092	32.6	1817	30.7	1175	48.3
Secundaria Incompleta	4063	27.5	1884	29.4	1502	25.4	677	27.8
Secundaria Completa	2613	17.7	1239	19.3	1083	18.3	291	12.0
Superior Incompleta	1179	8.0	522	8.1	576	9.7	81	3.3
Superior Completa	1089	7.4	397	6.2	659	11.1	33	1.4
Iletrados	160	1.1	69	1.1	71	1.2	20	0.8
T O T A L	14.764	100.0	6.416	100.0	5.912	100.0	2.433	100.0

Fuente: Censo aplicado en el estudio Octubre de 1.997.

Gráfico 4



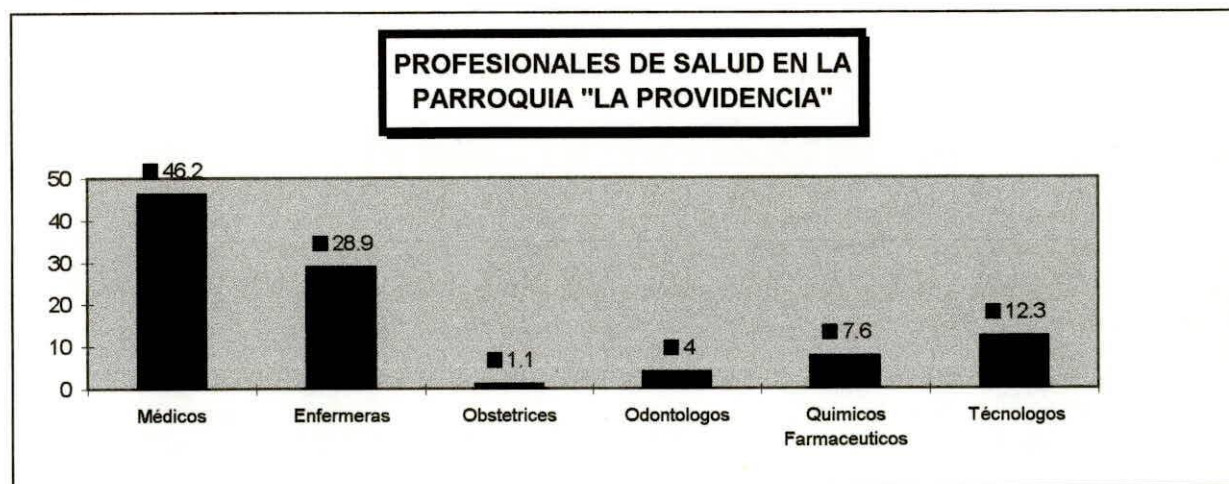
Cuadro 12

PROFESIONALES DE LA SALUD POR SECTORES DE LA PARROQUIA LA PROVIDENCIA

	Parroquia la Providencia		Sector Velasco Ibarra		Sector El Bosque		Sector Rayito de Luz	
Profesionales de salud	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Médicos	128	46.2	47	39.5	75	49.7	6	85.7
Enfermeras	80	28.9	30	25.2	50	33.1	0	0
Obstétrices	3	1.1	2	1.7	1	0.7	0	0
Odontólogos	11	4.0	7	5.9	4	2.6	0	0
Químicos Farmacéuticos	21	7.6	7	5.9	13	8.6	1	14.3
Técnicos	34	12.3	26	21.8	8	5.3	0	0
T O T A L	277	100.0	119	100.0	151	100.0	7	100.0

Fuente: Censo aplicado en el estudio Octubre de 1.997.

Gráfico 5



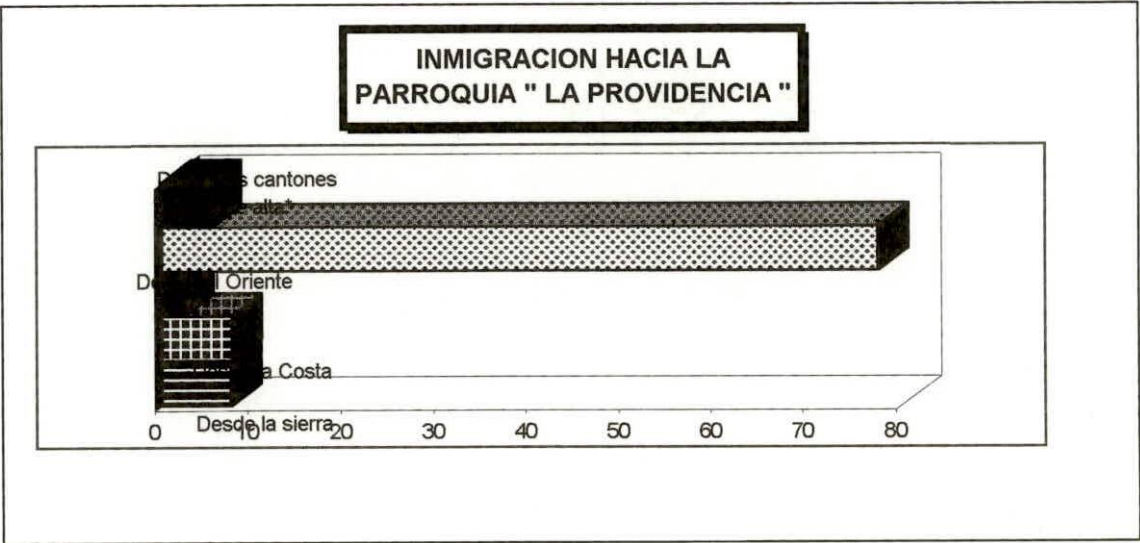
Cuadro 13

MIGRACION NACIONAL Y PROVINCIAL POR SECTORES PARROQUIA LA PROVIDENCIA

INMIGRACION	Parroquia la Providencia		Sector Velasco Ibarra		Sector El Bosque		Sector Rayito de Luz	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Desde la Costa	202	7.4	60	5.2	104	7.4	38	29.7
Desde la sierra	211	7.5	95	8.3	72	5.1	44	34.4
Desde El Oriente	63	2.3	53	4.6	3	0.2	7	5.5
Desde los cantones parte baja	2109	77.3	864	75.5	1225	87.3	20	15.6
Desde los cantones parte alta	145	5.3	72	6.3	54	3.8	19	14.8
T O T A L	2.730	100.0	1.144	100.0	1.404	100.0	128	100.0

Fuente: Censo aplicado en el estudio Octubre de 1.997.

Gráfico 6



Cuadro 14

**VIVIENDA POR TIPO DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN PARROQUIA LA
PROVIDENCIA POR SECTORES**

	Parroquia la Providencia		Sector Velasco Ibarra		Sector El Bosque		Sector Rayito de Luz	
VIVIENDA	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Cemento	3233	68.0	1429	73.2	1462	76.9	342	38.0
Madera	916	19.3	368	18.8	174	9.1	374	41.5
Mixta	607	12.8	156	8.0	266	14.0	185	20.5
TOTAL	4.756	100.0	1.953	100.0	1.902	100.0	901	100.0

Fuente: Censo aplicado en el estudio Octubre de 1.997.

Gráfico 7



Cuadro 17

VIVIENDAS Y DOTACIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA POR SECTORES PARROQUIA LA PROVIDENCIA

	Parroquia la Providencia		Sector Velasco Ibarra		Sector El Bosque		Sector Rayito de Luz	
ENERGIA ELECTRICA	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SI	4373	99.4	1867	99.6	1745	99.7	761	98.4
NO	25	0.6	7	0.4	6	0.3	12	1.6
T O T A L	4398	100.0	874	100.0	1751	100.0	773	100.0

Fuente: Censo aplicado en el estudio Octubre de 1.997.

Cuadro 18

VIVIENDA POR TIPO DE ELIMINACIÓN DE EXCRETAS Y POR SECTORES PARROQUIA LA PROVIDENCIA

	Parroquia la Providencia		Sector Velasco Ibarra		Sector El Bosque		Sector Rayito de Luz	
ELIMINACION DE EXCRETAS	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Servicios Higiénicos	2891	68.5	1371	76.9	1353	80.1	167	21.8
Letrinas	1332	31.5	412	23.1	320	19.9	600	78.2
T O T A L	4.223	100.0	1.783	100.0	1.673	100.0	767	100.0

Fuente: Censo aplicado en el estudio Octubre de 1.997.

Cuadro 15

VIVIENDAS POR NUMERO DE DORMITORIOS Y SECTORES PARROQUIA LA PROVIDENCIA

	Parroquia la Providencia		Sector Velasco Ibarra		Sector El Bosque		Sector Rayito de Luz	
DORMITORIOS	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
UNO	1152	24.8	406	20.9	279	15.7	467	50.2
DOS	1388	29.8	633	32.6	479	27.0	266	28.6
TRES	1378	29.6	562	29.0	677	38.2	139	14.9
MAS DE TRES	735	16.0	338	17.4	338	19.1	59	6.3
TOTAL	4.653	100.0	1.939	100.0	1.773	100.0	931	100.0

Fuente: Censo aplicado en el estudio Octubre de 1.997.

Cuadro 16

DOTACIÓN DE AGUA DOMICILIAR POR SECTORES PARROQUIA LA PROVIDENCIA

	Parroquia la Providencia		Sector Velasco Ibarra		Sector El Bosque		Sector Rayito de Luz	
DOTACION DE AGUA	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Intradomiciliaria	2715	60.4	1299	67.0	1219	68.2	197	25.7
Extradomiciliaria	1619	36.0	606	31.3	499	27.9	514	66.9
Tanqueros	161	3.6	34	1.7	70	3.9	57	7.4
TOTAL	4.495	100.0	1.939	100.0	1.788	100.0	768	100.0

Fuente: Censo aplicado en el estudio Octubre de 1.997.

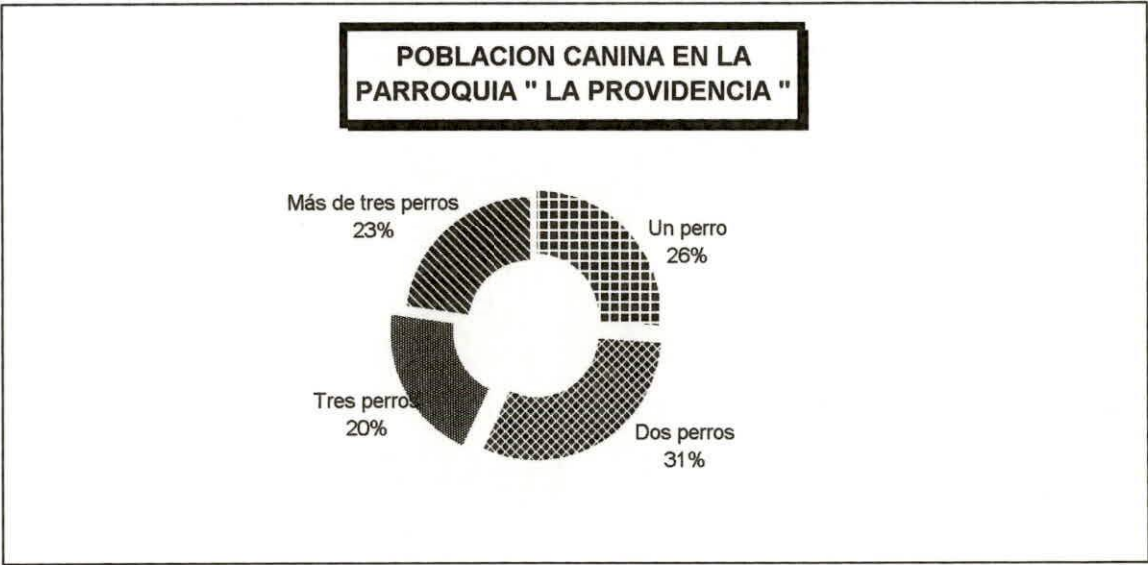
Cuadro 19

POBLACIÓN CANINA NÚMERO Y PORCENTAJES POR SECTORES PARROQUIA LA PROVIDENCIA

POBLACION CANINA	Parroquia la Providencia		Sector Velasco Ibarra		Sector El Bosque		Sector Rayito de Luz	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Un perro	1526	26.2	667	24.2	556	25.2	303	34.7
Dos perros	1798	30.8	736	26.7	720	32.7	342	39.2
Tres perros	1179	20.2	501	18.2	503	22.8	177	20.3
Más de tres	1330	22.8	855	31.0	425	19.3	50	5.7
TOTAL	5833	100.0	2759	100.0	2.202	100.0	872	100.0

Fuente: Censo aplicado en el estudio Octubre de 1.997.

Gráfico 8



La población de la Parroquia La Providencia es el 22% de la población de Machala y el 4.2 % del total provincial.

En las tablas que se muestran se puede observar la composición poblacional de la parroquia entre cada uno de los tres sectores que la componen, se puede apreciar que el 35.87% de la población es menor de 15 años, porcentaje que se conserva en los sectores, salvo en Rayito de Luz que es ligeramente mayor (con 7%). Algo similar ocurre con el grupo de 15 a 49 años que representa el 55%, menos en Rayito de Luz con un 5%, así mismo este último sector tiene un 6.7% de población mayor de 50 años, mientras los otros sectores y el total parroquial son mayores de 9.4%. Frente al total parroquial los sectores del Bosque y Velasco Ibarra representan el 40% cada uno Rayito de luz solo es el 16.7%.

En cuanto al nivel de instrucción se anota que el 34.4% de la población parroquial tiene instrucción primaria, porcentaje que se mantiene en Velasco Ibarra y El Bosque, no así en Rayito de Luz que representa el 48.3%. El nivel secundario se mantiene entre 40 y 48% en toda la población. La instrucción superior esta en 15% con marcadas diferencias entre El Bosque que tiene el 21% y Rayito de Luz con menos del 5%, lo que se corrobora con el nivel profesional de salud, pues mientras en El Bosque es de 54.5% en Rayito de Luz es solo de 2.5%. La población de iletrados o analfabetos es solo de 1%

En lo referente a la población emigrante referida en la parroquia, es del 13% de la cual el 77.3% provienen de los cantones de la parte baja de la misma provincia de El Oro, situación que es compartida en Velasco Ibarra y El Bosque, no así en Rayito de Luz que solo reporta el 15%, el 34.4% corresponde en este sector a los que llegaron de las provincias de la sierra y el 30% a los que vinieron de otras provincias de la costa, son muy pocos los provenientes del Oriente.

En cuanto al lugar de residencia de los profesionales de salud, de los 128 médicos que viven en la parroquia el 58.6% están en El Bosque, el 36.7% en Velasco Ibarra y solo el 4.7% en Rayito de Luz. Las enfermeras registradas en nuestro censo son 80, de estas el 62,5% viven en El Bosque, el 37.5% en Velasco Ibarra y ninguna en Rayito de Luz. De el resto de profesionales que suman 69, el 61% viven en Velasco Ibarra, el 39% en El Bosque y solo un profesional en Rayito de Luz

El 68% de las viviendas son de cemento, el 19% de madera y el 13% mixtas, porcentajes que se mantienen en El Bosque y Velasco Ibarra, no así en Rayito de Luz en que el 38, 41.5 y 20.5% son para casas de cemento, madera y mixtas en su orden. Todas las casas alcanzan un 99.4% de disponibilidad de energía eléctrica, un 68.5% de alcantarillado, 31.5% de letrinas, estas últimas en Rayito de Luz alcanzan el 78%. En tanto que en la dotación de agua, la intradomiciliaria es 2 a 1 con la extradomiciliaria en Velasco Ibarra y El Bosque, a la inversa en Rayito de Luz.

En lo referente al número de dormitorios por casa se puede observar que los que disponen de 1 a 3 van de 24.8 a 29.8 y 16% en orden ascendente tanto en Velasco Ibarra como en El Bosque, notándose una clara diferencia en El Bosque en que se advierte el 38 2.% con tres dormitorios y el 50.2% con un dormitorio en Rayito de Luz

En cuanto a la población canina se puede notar que hay 1 perro por cada 3.6 personas que viven en la parroquia, diferenciándose ligeramente el Velasco Ibarra en donde la relación es de 3.2 a 1 y en Rayito de Luz 4 a 1.

6.1 ACCIONES Y METODOLOGIA IMPLEMENTADOS

Con el pensamiento de la descentralización, atención primaria y conformación de SILOS frente a la necesidad de atención cada vez mayor que exige la población para que sean

atendidas sus necesidades mas sentidas en salud, aunado a la creciente crisis económica, corrupción y falta de observancia de los valores de ética entre los funcionarios y otros del los Gobiernos nacional y seccional se busca la participación directa y activa de la ciudadanía la solución de sus propios problemas partiendo de la decisión de compartir el poder desde el nivel central hacia la periferia, pensamiento gravitante en algunos directivos del Ministerio de salud influenciados por una corriente latinoamericana en este sentido. Por lo tanto es de importancia aprovechar esta coyuntura y sacar provecho en favor del bien común.

Se viene entonces planteando la descentralización a 184 áreas en el país, en estas queda representado una significación geográfica-económica y cultural (en teoría) ya que en la realidad se asumen criterios antojadizos desde lejanos escritorios a una realidad distinta de la que se vive en cada cantón de la Patria. Nos pareció irreal hablar de áreas en las que con un promedio de 80.000 habitantes se pretenda conocer a la población y sus problemas de salud cuando la verdad es otra muy distinta a la intención y por ello nuestra propuesta de : tomando la organización geopolítica mas pequeña en que legalmente esta dividido el país (La Parroquia) y rebasando el limite de salud, pretendemos proyectar el concepto de SALUD a lo que significa DESARROLLO en el que todos los actores sociales tengan la misma oportunidad de expresar su pensamiento y forma de interpretar ese desarrollo para cada uno de los campos en los que se encuentra inserto. Por lo que nos concretamos a hablar de Parroquialización en la organización de esta intención que partiendo de salud ubiquemos a cada quien en su rol específico de acción para implementar una actitud social valida para el cambio.

Se empieza por sumar adeptos convencidos de que si podemos lograr esta idea con decisión, ganas de querer hacer y compromiso, primero con nosotros y nuestra institución y luego con el conglomerado al que servimos.

Se plantea la idea a los diferentes equipos de salud de cada una de los subcentros de la ciudad de Machala auscultando su pensar y receptando sus aportes intelectuales y prácticos de sus vivencias diarias en el convivir con la población desde esos espacios de participación.

Posteriormente se propone esta visión al Consejo Técnico de la Dirección de salud de El Oro en donde con mayoría pero sin consenso se aprueba continuar con el avance de la misma implementando los mecanismos que correspondan en lo técnico y administrativo para incorporando a nuevos actores se pueda llegar al éxito que se espera se produzca.

En la Gobernación de la Provincia con la asistencia de los 14 Alcaldes, autoridades de Educación, Agricultura, obras Públicas, Bienestar Social entre otros, bajo la presidencia del Gobernador y el Director de Salud se hace participe a los asistentes del planteamiento de la Parroquialización, expresándosela en detalles las ventajas de este sistema de Gobierno local, con entusiasmo, reparos y satisfacción es acogida la idea y se indica sobre el apoyo que se brindara para llegar a la meta que involucra que de a poco se integre a toda la Provincia en la señalada forma de trabajo.

Una vez difundida la idea, escogimos iniciar en la Parroquia La Providencia, y procedimos a realizar acciones de operatividad para alcanzar la participación de los equipos de salud del área 1 en los subcentros: El Bosque, Velasco Ibarra y Rayito de Luz que corresponden a la parroquia objeto de nuestro trabajo.

6.2. ACCIONES IMPLEMENTADAS.

Reuniones de trabajo con la Dirección de Salud, el SNEM y con los Señores Alcaldes de los Cantones de la Provincia para oficializar la propuesta; se acepta y acuerda iniciar acciones que sin contradecir lo legal establecido se avance en lo pertinente hasta lograr el

marco jurídico que corresponda, bajo el respaldo de las autoridades civiles de la provincia, como plan piloto que arrancando en Machala cubra en un futuro cercano la provincia toda (junio y julio del presente año).

Como producto de las conversaciones previas se había acordado entre los equipos de salud la Dirección Provincial y el SNEM, que en Machala las áreas hasta entonces conocidas como Norte y Sur (1 y 2) por su ubicación geográfica, en las que la primera contaba con 8 unidades y la segunda con 7 unidades de salud, truequen las que por la ubicación por parroquias no les correspondía (la división acordada hace 7 años, un tanto arbitraria aunque con la mejor de las intenciones solo las dividía por la calle mas transitada y de mejor acceso en sentido Este - Oeste), por lo que del Norte los SCS 18 de Octubre y Buenos Aires pasaron al Area 2, en cambio del Sur, el SCS El Bosque pasó al Area 1; lo que significo cambios en los mapas, sistema de información, asignación presupuestaria y otras de ley.

Reunión de trabajo en El Centro de Salud Mabel Estupiñán, cabecera de área, con los Directivos del mismo y equipos de salud de la parroquia La Providencia: El Bosque, Velasco Ibarra y Rayito de Luz, a la que asisten Los Directores, Enfermeras, Odontólogos, Obstetrices, Laboratoristas, Inspectores sanitarios y Auxiliares de enfermería. En las actividades a cumplirse se acuerda la realización de un taller conjunto entre el equipo de salud, líderes comunitarios y autoridades de la Parroquia; también la realización de un Censo de población y vivienda e identificación de factores nocivos y población canina (agosto/28).

Visita y reunión con el Alcalde de la ciudad de Machala con el que se discuten por menores de la organización de todo el proceso de trabajo en parroquialización la forma de participación y apoyo que brindara el Cabildo a la iniciativa presentada (sept. 2).

Para organizar la ejecución del censo se procede a reuniones parciales en cada uno de los subcentros de salud entre los equipos de salud y los líderes comunitarios que ya anteriormente fueron informados de la propuesta. Para ello se actualizan mapas identificando manzanas, barrios y sectores; se asume el trabajo del censo con la participación del personal en calidad de coordinadores y supervisores a los que se sumarán como encuestadores los estudiantes secundarios de los colegios de la Parroquia (septiembre 8, 9 y 11/).

Visita y reunión con Rectores y Autoridades de los colegios: La Imaculada, Marcel Laniado y Hermano Miguel a quienes se informa y solicita la participación de los estudiantes y profesores en el proceso (septiembre 30).

Capacitación a los estudiantes en el manejo de la aplicación de la encuesta y prueba de formularios (octubre 1, 2 y 3).

Reuniones de trabajo para ultimar detalles de la realización del censo a efectuarse el domingo 19 de octubre, entre Autoridades de salud, SNEM, Militares (apoyo logístico) y equipos de salud de los SCS involucrados (octubre 6 al 10).

Censo de población y vivienda en la que participan: 6 profesores, 412 estudiantes, 36 militares, 122 líderes barriales, 58 trabajadores del SNEM, 27 trabajadores de la Dirección de salud, 14 voluntarios de salud para encuestar a 4.756 familias en 1005 manzanas de 42 barrios de los tres sectores en que fue dividida la Parroquia (oct. 19).

Tabulación de resultados en el programa de Epi-Info (octubre 22 al 30).

Difusión de resultados entre Colegios, Líderes barriales, Autoridades civiles, equipos de salud y prensa local (noviembre 4 al 7).

RESULTADOS

Se adopta la parroquialización como sistema de trabajo dentro de la regionalización de servicios a nivel provincial.

De manera indirecta y colateralmente se ve favorecido el planteamiento cuando en el Congreso Nacional se discute y aprovecha una ley de Descentralización en la que entre otras cosas se señala que el trabajo de los Municipios será a través de la acción de los barrios y a nivel parroquial.

En la reunión de la discusión de las Políticas de Salud que el país necesita, desarrollada en Guayaquil efectuada el 22 de octubre de 1997, en la sesión plenaria se incorpora el criterio de trabajo a nivel nacional con parroquialización.

En el nuevo concepto de PRIDES con el Subsecretario se acuerda incluir la forma de trabajo que se viene planteando.

En la metodología de Control y Vigilancia Epidemiológica que implementará la Dirección Nacional de Epidemiología se asume dentro del plan piloto a la Parroquia La Providencia para el seguimiento de la notificación por participación comunitaria.

En la catástrofe que sufre la ciudad de Santa Rosa en la Provincia de El Oro, dentro de las acciones a implementarse para todo el trabajo que debe desarrollarse para el control y ayuda a los damnificados se propuso la atención a través de la sectorización de la ciudad con criterios de parroquialización detalladamente argumentado en la reunión de la Junta de Defensa Civil del 13 de noviembre de 1997, la que es aprobada y se inicia de inmediato las acciones para su implementación.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ◆ El trabajo es en si un planteamiento que busca operacionalización e implementación de parte de los organismos seccionales de Machala, que han comprendido que es uno de los caminos mas firmes hacia una nueva concepción de la cosa publica.
- ◆ El entusiasmo despertado con la propuesta entre Municipalidad de Machala, Ministerios de Salud y Educación, trabajadores de salud, comunidad y otros tienen su razón de ser en la tradición de trabajo mancomunado y conjunto aunque no permanente que se viene desarrollando desde tiempo atrás.
- ◆ Nos parece absolutamente factible hacer la realidad la propuesta partiendo desde SALUD aun desarrollo integral de la Parroquia, en la medida en que se identifique los objetivos de esta en el interés y compromiso de la comunidad y todos los actores sociales como hasta hoy se a observado.
- ◆ El modelo gerencial de participación compartida sobre asuntos puntuales y a la vez, es un experiencia enriquecedora no solo para la provincia, sino para todo el país, y nótese que no estamos hablando de un Estado paralelo
- ◆ El beneficio que percibirá la ciudadanía aunque será significativo de hecho es de menor cuantía, frente al gran salto social que se vislumbra de parte de una comunidad que ya recibe logros en este camino con los pasos que ha implementado.
- ◆ El desarrollo del censo demostró un gran entusiasmo y ganas de hacer de la ciudadanía que vive el proceso de la Parroquialización.
- * Continuar con el proceso iniciado y completar tanto el diagnóstico como su difusión.
- * Comprometer de la mejor manera a la empresa privada en acciones totales y puntuales, según su rol específico.
- * Conformar un grupo de personas capaces de gerenciar la parroquia La Providencia con criterios ágil, eficiente eficacia, equitativo y de solidaridad según la concepción de la administración moderna.
- * Informar, educar y promocionar en la Parroquia La Providencia, Machala y toda la provincia de El Oro, el concepto de Parroquialización



REGISTRO OFICIAL

ORGANO DEL GOBIERNO DEL ECUADOR

Administración del Sr. Dr. Fabián Alarcón Rivera
Presidente Constitucional Interino de la República

Año 1 -- Quito, Miércoles 8 de Octubre de 1997 -- N° 169

EDMUNDO ARIZALA ANDRADE
DIRECTOR ENCARGADO

Teléfonos: Dirección: 212-564 --- Suscripción anual: s/. 378.000
Distribución (Almacén): 583-227 --- Impreso en la Editora Nacional
4.500 ejemplares 24 páginas --- Valor s/. 1.100

SUMARIO:

Págs.

Quito, 26 de septiembre de 1997
Oficio 246 PCN

FUNCION LEGISLATIVA

LEY:

Doctor
Roberto Granja Maya
DIRECTOR DEL REGISTRO OFICIAL
Ciudad

Señor Director:

Para la publicación en el Registro Oficial, remito a usted copia certificada del texto del proyecto de LEY ESPECIAL DE DESCENTRALIZACION DEL ESTADO Y DE PARTICIPACION SOCIAL, que el Congreso Nacional del Ecuador, discutió, aprobó, se allanó en parte y ratificó en otra, a la objeción parcial del señor Presidente Constitucional Interino de la República, doctor Fabián Alarcón Rivera, de conformidad con el artículo 93 de la Constitución Política de la República.

También envío la certificación correspondiente del señor Secretario General del Congreso Nacional.

Atentamente,

f) Dr. Heinz Moeller Freile, Presidente del Congreso Nacional.

CONGRESO NACIONAL

Quito, 10 de septiembre de 1997

CERTIFICACION

Quien suscribe, Secretario General del Congreso Nacional del Ecuador, certifica que el proyecto de LEY ESPECIAL DE DESCENTRALIZACION DEL ESTADO Y DE PARTICIPACION SOCIAL, fue discutido, aprobado, allanado en parte y ratificado en otra a la objeción parcial del señor Presidente Constitucional Interino de la República, doctor Fabián Alarcón Rivera, de la siguiente forma:

27 Ley Especial de Descentralización del Estado y de Participación Social 1

FUNCION EJECUTIVA

ACUERDO:

MINISTERIO DE EDUCACION:

4573 Refórmase el Reglamento Orgánico Funcional de la Dirección Nacional de Educación Intercultural Bilingüe 9

ORDENANZAS MUNICIPALES:

- Cantón Arajuno: Adoptase el sistema autónomo de administración de los recursos humanos, que regulará la carrera administrativa del personal sujeto a la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa 24

- Cantón Arajuno: Que crea, regula y controla los gastos de Caja Chica 24

PRIMER DEBATE 97 Abr. 03 y 08 PLENARIO DE LAS COMISIONES LEGISLATIVAS

SEGUNDO DEBATE 97 Jul. 02, 03, 07, 15, 16 y 24 PERIODO EXTRAORDINARIO

ALLANAMIENTO 97 Sep. 24 PERIODO ORDINARIO

RATIFICACION:

PRIMER DEBATE 97 Sep. 24 PERIODO ORDINARIO

SEGUNDO DEBATE 97 Sep. 25 PERIODO ORDINARIO

Atentamente,

f.) Dr. J. Fabrizio Brito Morán.

N° 27

EL CONGRESO NACIONAL

Considerando:

Que el artículo 1 de la Constitución Política de la República establece que "El Ecuador es un Estado soberano, independiente, democrático, unitario, descentralizado, pluricultural y multiétnico";

Que el artículo 149 de la Constitución señala que "Mediante la descentralización administrativa del Estado se propende al desarrollo armónico de todo su territorio, al estímulo de las áreas deprimidas, la distribución de los recursos y servicios de acuerdo con las necesidades de las respectivas circunscripciones territoriales";

Que el inciso segundo del artículo 153 de la Constitución señala que "Solo en virtud de la Ley podrá imponerse deberes y regulaciones a los consejos provinciales o a los concejos municipales";

Que el literal e) del artículo 159 de la Constitución señala como deber del concejo municipal "Incentivar el desarrollo comunitario a través de las organizaciones barriales";

Que la Disposición Transitoria Segunda de la Ley Especial de Distribución del 15% del Presupuesto del Gobierno Central para los Gobiernos Seccionales establece que "La descentralización de las funciones, recursos humanos, materiales y financieros, se realizará a partir de enero de 1998, de acuerdo a la Ley de Descentralización que en el plazo máximo de 180 días será expedida por las funciones Legislativa y Ejecutiva"; y,

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, expide la siguiente,

LEY ESPECIAL DE DESCENTRALIZACION DEL ESTADO Y DE PARTICIPACION SOCIAL

CAPITULO I

OBJETO, AMBITO DE APLICACION, FINALIDADES PRINCIPALES

Art. 1.- OBJETO.- La presente Ley tiene por objeto impulsar la ejecución de la descentralización y desconcentración administrativa y financiera del Estado, la participación social en la gestión pública, así como poner en práctica la categoría de Estado descentralizado.

Art. 2.- AMBITO DE APLICACION.- Las disposiciones contenidas en esta Ley se aplicarán a las entidades, organismos, dependencias del Estado y otras del Sector Público; las que integran el Régimen Seccional Autónomo; y, las personas jurídicas creadas por Ley para el ejercicio de la potestad estatal o para la prestación de servicios públicos descentralizados o para desarrollar actividades económicas de responsabilidad del Estado.

Art. 3.- DEFINICIONES.- La descentralización del Estado consiste en la transferencia definitiva de funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos, especialmente financieros, materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero, de que son titulares las entidades de la Función Ejecutiva hacia los Gobiernos Seccionales Autónomos a efectos de distribuir los recursos y los servicios de acuerdo con las necesidades de las respectivas circunscripciones territoriales.

La desconcentración del Estado es el mecanismo mediante el cual los niveles superiores de un ente u organismo público delegan en forma permanente el ejercicio de una o más de sus atribuciones así como los recursos necesarios para su cumplimiento, a otros órganos dependientes, provinciales o no, que forman parte del mismo ente u organismo.

La participación social es el sistema por el cual se involucra activamente a todos los sectores sociales en la vida jurídica, política, cultural y económico social del país, con la finalidad de mejorar las condiciones de vida del habitante ecuatoriano, con miras a una más justa distribución de los servicios y recursos públicos.

Art. 4.- FINALIDADES PRINCIPALES.- La descentralización del Estado y la participación social tienen como finalidades principales:

- Lograr equidad en la participación y distribución de los recursos financieros, materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero del Estado y especialmente de la Función Ejecutiva hacia los gobiernos seccionales autónomos, organismos de desarrollo regional y organismos seccionales dependientes, contribuyendo así a la eficiencia en la prestación de servicios públicos en favor de la comunidad;
- Incentivar las iniciativas y fortalecer las capacidades locales para consolidar una gestión autónoma eficiente, entre otros medios, a través de la planificación y prestación adecuada de servicios públicos a la comunidad respectiva;

e) Definir las relaciones y responsabilidades entre la Función Ejecutiva y los Gobiernos Seccionales Autónomos, en cuanto a las áreas de servicio a la comunidad, a fin de optimizar la utilización de los recursos y servicios, y evitar la superposición de funciones;

f) Fomentar y ampliar la participación social en la gestión pública así como promover la autogestión de las fuerzas sociales comunitarias;

g) Transformar integralmente la organización administrativa y financiera del Estado y de las instituciones del sector público; así como redistribuir con justicia sus servicios y recursos financieros, materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero, a efectos de incrementar los niveles de eficacia, agilidad y productividad en la administración de las funciones a su cargo; y

h) Fortalecer prioritariamente a las instituciones del régimen seccional autónomo, a través de la transferencia definitiva de funciones, facultades, atribuciones, responsabilidades y recursos que les permitan satisfacer de manera próxima y eficiente las demandas de la comunidad, sobre todo en la prestación de servicios públicos.

Art. 5.- PRINCIPIOS DE LA DESCENTRALIZACIÓN.- La Descentralización del Estado se sustentará en los principios de autonomía, progresividad, eficiencia, agilidad, coparticipación en la gestión pública y solidaridad social.

Art. 6.- PRINCIPIOS DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL.- La participación social se sustentará en los principios de democracia, equidad social y de género, pluralismo, respeto y reconocimiento a los valores de los pueblos indígenas, negros y más grupos étnicos.

Art. 7.- RESPONSABILIDAD.- Será de responsabilidad del Presidente de la República y de los ministros de Estado el cumplimiento de las transferencias establecidas en la presente Ley, así como las previstas en la Constitución Política, la Ley Especial de Distribución del 15% del Presupuesto del Gobierno Central para los Gobiernos Seccionales y demás normas legales y reglamentarias pertinentes.

La responsabilidad del Ministro de Finanzas se referirá especialmente a las transferencias efectivas de recursos previstos en la Constitución Política y más normativas antes señaladas.

Los ministros de Estado actuarán con toda la diligencia y cuidado necesarios para dar cumplimiento a las transferencias antes indicadas, en favor de las entidades del régimen seccional autónomo y de las personas jurídicas creadas por Ley para la prestación de servicios públicos descentralizados.

Art. 8.- SANCIONES.- El incumplimiento de las disposiciones contenidas en esta Ley dará lugar a las sanciones previstas en el literal g) del artículo 82 de la Constitución Política de la República, sin perjuicio de las demás a que haya lugar según corresponda, tratándose o no de ministros de Estado.

CAPITULO II

DE LAS TRANSFERENCIAS Y DEL FORTALECIMIENTO DEL REGIMEN SECCIONAL AUTONOMO

Art. 9.- MUNICIPIOS.- La Función Ejecutiva transferirá definitivamente a los municipios las funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos, especialmente financieros, materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero, para el cumplimiento de las atribuciones y responsabilidades que se detallan a continuación:

a) Planificar, coordinar, ejecutar y evaluar programas integrales de salud, nutrición y seguridad alimentaria para su población, con énfasis en los grupos de mayor riesgo social, garantizando la participación activa de la comunidad, de las organizaciones de salud formales y tradicionales, y de otros sectores relacionados;

b) Construir, dotar, equipar y mantener la infraestructura física de los servicios de atención primaria de salud garantizando la aplicación de las normas de bioseguridad;

c) Construir, dotar, equipar y mantener la infraestructura física en los establecimientos educativos en los niveles preescolar, primario y medio;

d) Coadyuvar a la preservación y conservación de los bienes patrimoniales culturales y naturales en coordinación con los organismos competentes y en función de las políticas correspondientes y de acuerdo con la Ley de Patrimonio Cultural;

e) Construir, dotar, mantener y equipar instalaciones deportivas, de educación física y de recreación;

f) Controlar, conservar y administrar puertos y muelles fluviales no fronterizos;

g) En coordinación con el respectivo Consejo Provincial de Tránsito, los municipios podrán planificar, regular, supervisar y tomar acciones correctivas, respecto de la calidad de servicio que prestan los medios de transporte público de carácter cantonal e intercantonal, con excepción de las competencias previstas en leyes especiales que se refieren a esta materia.

La Policía Nacional ejercerá el control del tránsito vehicular y el transporte terrestre de conformidad con la Ley de Tránsito y Transporte Terrestres y su Reglamento, con la misma excepción antes señalada;

h) Planificar, ejecutar y administrar programas de vivienda de interés social urbano marginal y rural, de acuerdo con las políticas nacionales que se dicten al respecto;

i) Controlar, preservar y defender el medio ambiente.

Los municipios exigirán los estudios de impacto ambiental necesarios para la ejecución de las obras de infraestructura que se realicen en su circunscripción territorial;

j) Velar y tomar acción para proteger la inviolabilidad de las áreas naturales delimitadas como de conservación y reserva ecológica;

- k) Administrar el catastro rural cantonal con sujeción a las disposiciones legales vigentes;
- l) Fortalecer la planificación, ejecución, control y evaluación de proyectos y obras de saneamiento básico;
- m) Construir, mantener y administrar caminos vecinales al interior de los respectivos cantones;
- n) Planificar, coordinar, ejecutar y evaluar en el respectivo cantón las actividades relacionadas con el turismo; y,
- o) Las demás que le correspondan conforme a la Ley.

Art. 10.- CONSEJOS PROVINCIALES.- La Función Ejecutiva transferirá definitivamente a los consejos provinciales funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos, especialmente financieros, materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero, para el cumplimiento de las atribuciones y responsabilidades que se detallan a continuación:

- a) Construir, mantener y administrar caminos vecinales y carreteras en el ámbito provincial;
- b) Coordinar las gestiones de los diferentes municipios y mancomunidades en cada provincia y disminuir las controversias entre éstos en los casos que señale la Ley;
- c) Los consejos provinciales conjuntamente con las empresas eléctricas promoverán el desarrollo de proyectos hidroeléctricos;
- d) Planificar, ejecutar y coordinar con la comunidad programas de desarrollo rural integral en el ámbito de su competencia;
- e) Prevenir, evitar y solucionar los impactos ambientales negativos que se puedan producir o se produzcan por la ejecución de proyectos de vialidad llevados a cabo en el ámbito provincial respectivo;
- f) Construir, mantener y operar canales de riego en coordinación con las entidades competentes en función de la materia así como desarrollar proyectos productivos en aquellas provincias en que no cumplan estas actividades los organismos de desarrollo regional;
- g) Construir locales escolares, excepto en la zona urbana de la capital de la provincia; y,
- h) Las demás que le correspondan conforme a la Ley.

Art. 11.- Los recursos asignados a los consejos provinciales y municipales establecidos en la Ley Especial de Distribución del 15% del Presupuesto del Gobierno Central para los Gobiernos Seccionales se invertirán en base a la siguiente fórmula:

- a) 50% del monto proporcional a la población con necesidades básicas insatisfechas; y,
- b) 50% en relación a la población.

El monto a distribuirse por parte de los consejos provinciales serán en relación a las necesidades básicas insatisfechas y población en referencia al cantón con la provincia y los municipios de las parroquias con el cantón.

Art. 12.- SUSCRIPCION DE CONVENIOS PARA LA TRANSFERENCIA DE FUNCIONES.- Para la transferencia de las atribuciones, funciones y responsabilidades señaladas en esta Ley, el Presidente de la República conjuntamente con el Ministro de Finanzas y Crédito Público y con los demás ministros que correspondan según la materia suscribirán con los representantes legales de los municipios y consejos provinciales, según el caso, los convenios respectivos en los que deberán señalarse con precisión absoluta los recursos financieros, materiales y tecnológicos necesarios que serán obligatoriamente transferidos para atender las nuevas atribuciones, funciones y responsabilidades. Los recursos a los que se refiere este artículo no podrán ser inferiores a los que las entidades de la Función Ejecutiva dedican para el financiamiento de la prestación de los servicios públicos a transferirse.

Será obligatorio para la Función Ejecutiva las transferencias definitivas a las que se refieren los artículos 9 y 10 de esta Ley que le sean solicitadas por el respectivo municipio y consejo provincial que cuenten con las condiciones para ello.

Art. 13.- SUSCRIPCION DE CONVENIOS PARA LA DELEGACION DE FUNCIONES.- Sin perjuicio de las transferencias dispuestas en esta Ley, la Función Ejecutiva podrá, mediante convenio con la respectiva institución del Régimen Seccional Autónomo o persona jurídica creada por Ley para la prestación de servicios públicos descentralizados, delegar por el tiempo que fije el convenio y en las condiciones que éste determine, la responsabilidad y las atribuciones inherentes al cumplimiento de determinadas actividades y funciones, así como la prestación de servicios públicos específicos.

En el convenio en cuya virtud se concrete la delegación, se determinarán los recursos financieros, materiales y tecnológicos que se asignen para la ejecución de las actividades, funciones y servicios delegados.

Las municipalidades, consejos provinciales y personas jurídicas creadas por Ley para la prestación de servicios públicos descentralizados, podrán dar por terminado el convenio por resolución unilateral, en el caso de que no se haga efectiva la entrega de los recursos determinados para la delegación respectiva.

Art. 14.- CONVENIOS DE MANCOMUNIDAD.- El Presidente de la República y los ministros de Estado competentes en función de la materia, procurarán firmar convenios con dos o más entidades del régimen seccional autónomo con el objeto de establecer la gestión común de programas, proyectos y servicios a ejecutarse en forma conjunta.

En todos los casos, siempre que haya que ejecutarse una obra o prestar un servicio en la circunscripción territorial de los organismos del régimen seccional autónomo, corresponderá a la Función Ejecutiva a través de la respectiva entidad, coordinar con tales instituciones así como con las demás competentes en función de la materia la ejecución de tales actividades.

Art. 15.- FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL.- La Función Ejecutiva contribuirá para una efectiva y apropiada capacitación y asistencia técnica a los funcionarios y empleados de las entidades del régimen seccional autónomo, a efectos de lograr su fortalecimiento institucional.

Los planes y programas de capacitación serán preferentemente formulados por las entidades del régimen seccional autónomo, en coordinación con sus respectivas asociaciones nacionales, provinciales, universidades u otras organizaciones que demuestren experiencia en estas áreas. Para su ejecución se contará con los recursos que la Función Ejecutiva destine a esta actividad.

Para la ejecución de los indicados planes y programas de capacitación se contará con los recursos que las dependencias y unidades administrativas dedican a las finalidades de capacitación y asistencia técnica a las que se refiere este artículo y los que se destinen en el futuro para tales actividades, así como, con los que provengan de créditos externos e internos, reembolsables o no reembolsables, de origen nacional o extranjero, en los términos que establezcan los convenios de los préstamos respectivos.

Art. 16.- APOYO AL REGIMEN SECCIONAL AUTONOMO.- El Consejo Nacional de Desarrollo, CONADE, a través de sus órganos respectivos, proporcionará asistencia técnica a los municipios, consejos provinciales y demás entidades del sector público que así lo requieran.

En ningún caso el CONADE ni organismo alguno del mismo, emitirá dictámenes, informes, calificaciones, restricciones o aprobaciones respecto de los proyectos, planes y demás actividades de las entidades del régimen seccional autónomo.

Igual prohibición regirá respecto de las entidades del sector público, así como para las organizaciones empresariales, laborales, sociales, universidades y escuelas politécnicas.

Todo requerimiento del CONADE a través de sus organismos será para fines eminentemente informativos.

Art. 17.- GESTION SUBSIDIARIA.- La Función Ejecutiva podrá, sin necesidad de convenio, suplir la prestación de un servicio o la ejecución de un proyecto u obra siempre y cuando se demostrase su grave y sustancial deficiencia, paralización o indebida utilización de los recursos asignados para esos fines por parte de un municipio o consejo provincial.

Esta gestión subsidiaria se practicará con la expedición del respectivo decreto ejecutivo, a pedido del Comité Permanente de Desarrollo Provincial y no podrá durar más tiempo que el indispensable para normalizar la gestión municipal o provincial o para corregir las desviaciones detectadas.

Art. 18.- CANALIZACION DE RECURSOS EXTERNOS.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 15 de la presente Ley, el Presidente de la República destinará los recursos de origen externo de cooperación internacional, en apoyo al ejercicio de las atribuciones y funciones de las entidades del régimen seccional autónomo y de las zonas de menor desarrollo.

Art. 19.- POLITICAS Y LINEAMIENTOS NACIONALES.- Las políticas y lineamientos generales que fija el Presidente de la República en lo concerniente a los

sectores de la educación, salud, bienestar social, vivienda, medio ambiente, vialidad, turismo y otros, deberán observar obligatoriamente los gobiernos seccionales autónomos y las personas jurídicas creadas por Ley para la prestación de los servicios públicos descentralizados.

Art. 20.- CANALIZACION DE LOS PLANTEAMIENTOS SECCIONALES.- Los gobernadores de las respectivas provincias, darán especial atención a la canalización de los requerimientos de los municipios y del respectivo consejo provincial en materia de descentralización administrativa y financiera.

La canalización antes dicha comprenderá la gestión personal y diligente ante el Presidente de la República o el respectivo ministro de Estado.

CAPITULO III

DEL COMITE PERMANENTE DE DESARROLLO PROVINCIAL

Art. 21.- CREACION.- Créase en cada provincia un Comité Permanente de Desarrollo Provincial, como un órgano orientador y coordinador del desarrollo provincial, de conformación representativa del régimen seccional autónomo y del dependiente, así como de los sectores campesino, productivo y académico.

Art. 22.- CONSTITUCION.- El Comité Permanente de Desarrollo Provincial estará constituido, excepto en la provincia de Galápagos, de la siguiente manera:

- a) El Prefecto Provincial;
- b) Tres Alcaldes en funciones, elegidos de la respectiva asociación municipal provincial en aquellas provincias que tengan hasta diez cantones, incrementándose por cada cinco municipios un representante adicional;
- c) El Gobernador de la provincia;
- d) Dos representantes elegidos por las cámaras de la producción de la provincia;
- e) Un representante elegido por las universidades y escuelas politécnicas de la provincia o sus extensiones;
- f) Un representante elegido por las organizaciones campesinas de la provincia;
- g) Un representante elegido por los medios de comunicación social;
- h) Un representante de los colegios de profesionales de la provincia; e,
- i) Un representante de los organismos de desarrollo regional.

Los representantes del régimen seccional autónomo y el gobernador de la provincia conformarán el Comité durante el tiempo en que ostenten las calidades respectivas. Los demás durarán dos años en el ejercicio de su representación, pudiendo ser reelegidos.

La designación de los representantes señalados en las letras d), e), f), g), h) e i), se sujetarán a lo previsto en el Reglamento a la presente Ley.

El Comité Permanente de Desarrollo Provincial será presidido por quien sea designado mediante votación de la mayoría absoluta de sus miembros en la primera sesión del Comité, que será convocada por el Prefecto Provincial.

Art. 23.- FUNCIONES.- Corresponde al Comité Permanente de Desarrollo Provincial:

- a) Coordinar las acciones entre los gobiernos seccionales, como también entre las entidades, organismos, dependencias del Estado, y entre las personas jurídicas creadas por Ley para la prestación de servicios públicos descentralizados;
- b) Orientar el desarrollo provincial a través de los lineamientos generales a seguirse por parte de las entidades respectivas;
- c) Coordinar con la Función Ejecutiva, a través de sus representantes en la provincia y a nivel nacional, dentro del ámbito de sus atribuciones, las actividades relacionadas con el desarrollo de la provincia; y,
- d) Las demás que se le asignen en función de Ley.

Art. 24.- AREAS DE INVERSION.- Los planes de inversión de la provincia deberán referirse a áreas de trabajo prioritarias, que serán determinadas por cada una de las entidades respectivas tomando en cuenta las orientaciones del Comité Permanente de Desarrollo Provincial.

El Consejo Nacional de Desarrollo, CONADE, ni organismo alguno del mismo, tendrán atribución para condicionar, limitar, suspender, ni oponerse en forma alguna, total ni parcialmente, a la formulación, programación, ejecución y evaluación de los planes de inversión de las entidades del régimen seccional autónomo y de las demás instituciones con ámbito de actividad provincial.

Art. 25.- FUNCIONAMIENTO.- El Comité Permanente de Desarrollo Provincial para su funcionamiento dictará el correspondiente orgánico-funcional.

Su desenvolvimiento se financiará con los aportes de las instituciones que lo conforman, así como con los que se obtengan por la gestión de su presidente.

CAPITULO IV

DE LA DESCONCENTRACION DE FUNCIONES

Art. 26.- DESCONCENTRACION DE FUNCIONES.- Además de las transferencias previstas en la presente Ley, es obligación de cada entidad y organismo del sector público, sin perjuicio de lo que dispongan sus leyes constitutivas o las que rijan sus actividades, establecer e implementar programas permanentes de desconcentración de funciones y recursos, en los términos previstos en la Ley de Modernización del Estado, Privatizaciones y Prestación de Servicios Públicos por parte de la Iniciativa Privada y su reglamento.

El delegado será personalmente responsable por sus acciones y omisiones en el cumplimiento de la delegación.

Las autoridades responsables de la formulación y ejecución de los respectivos programas de desconcentración, informarán al Consejo Nacional de Modernización, CONAM, sobre el particular.

Art. 27.- PROGRAMAS DE DESCONCENTRACION.- Los programas de desconcentración previstos en el artículo anterior contemplarán el fortalecimiento de los órganos regionales respectivos a través de la reorganización de la entidad; la redistribución de los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de origen nacional y extranjero; la capacitación del recurso humano; la normatividad que permita aplicar la desconcentración y, el plazo para el cumplimiento integral del programa respectivo.

Art. 28.- COMPETENCIA DIRECTA DE LOS ORGANOS DESCONCENTRADOS.- Los subsecretarios regionales o jefes provinciales, o su equivalente con la misma competencia, de los diferentes Ministerios, entidades y órganos de la Función Ejecutiva tendrán competencia para:

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

Art. 29.- DE LA CONTRALORIA Y PROCURADURIA GENERAL DEL ESTADO.- Las funciones que por Ley corresponden a la Contraloría y Procuraduría General del Estado, serán ejercidas por sus delegaciones u oficinas regionales o provinciales.

Para los fines previstos en el inciso anterior, el Contralor y el Procurador General del Estado crearán delegaciones u oficinas regionales o provinciales donde no las haya, en función de los requerimientos de la respectiva localidad.

Los informes, dictámenes, asesorías y las resoluciones que por Ley corresponda emitir a la Contraloría y Procuraduría General del Estado, a solicitud de parte interesada, serán emitidos desde esas oficinas con los mismos efectos jurídicos como si fuesen dictados o proporcionados desde la sede provincial de dichos organismos.

Art. 30.- DE LOS REGISTROS.- Los Ministerios y demás organismos del Estado, así como las entidades del sector público que por razón de su competencia administrativa tengan bajo su responsabilidad el mantenimiento de cualquier clase de registro necesario para la validez o eficacia de actos o contratos, están obligados a partir de la promulgación de esta

Ley en el Registro Oficial, a establecer mecanismos por medio de los cuales las inscripciones en tales registros se puedan efectuar sin afectar su validez en las oficinas que dichas entidades u organismos deban tener en las diferentes provincias del País.

Art. 31.- INFORMACION PRESUPUESTARIA.- La Función Ejecutiva por medio del Ministro de Finanzas y Crédito Público informará documentadamente dentro de los primeros noventa días de cada año al Congreso Nacional sobre la liquidación presupuestaria cortada al 31 de diciembre del ejercicio fiscal inmediato anterior, desglosada por provincias y sectores. Copias de tales informes serán remitidos a los municipios y consejos provinciales, hasta el 15 de abril de cada año.

Para efectos de la liquidación presupuestaria, tratándose de gastos corrientes se considerará el lugar donde cumple sus funciones el empleado o funcionario que recibe su remuneración o retribución económica.

Tratándose de obras públicas se tomará en cuenta los egresos efectuados por la obra física ejecutada en cada una de las provincias.

El incumplimiento de lo dispuesto en este artículo causará la destitución del Ministro de Finanzas y Crédito Público.

Art. 32.- CREACION Y APOYO A ORGANOS DESCONCENTRADOS.- Establécese la obligación de las entidades y organismos del sector público de instituir órganos regionales, provinciales o cantonales, para atender las necesidades de la respectiva localidad.

Las entidades y órganos que conforman la Función Ejecutiva prestarán especial colaboración y apoyo a los órganos desconcentrados, aunque no pertenezcan a la misma institución u órgano.

Los órganos desconcentrados deben apoyarse en todo lo que sea menester para el cumplimiento de sus funciones y atribuciones.

Art. 33.- FORTALECIMIENTO DE LOS ORGANISMOS REGIONALES DE DESARROLLO.- La Función Ejecutiva a través de los respectivos ministerios de Estado fortalecerá los organismos regionales de desarrollo mediante la delegación de funciones. La delegación comprenderá la simultánea transferencia de recursos para el cumplimiento de la delegación.

Lo establecido en el inciso anterior se entenderá sin perjuicio del ejercicio de las funciones que por sus leyes constitutivas correspondan a los respectivos organismos regionales.

Art. 34.- INVERSION DE RECURSOS DEL SECTOR PUBLICO E INFORMACION.- Las inversiones, colocación de recursos y compraventa de activos financieros de todo origen, a través del mercado financiero y de valores, deberán efectuarse equitativamente por región, de manera que el 50% de dichas operaciones se dirija a la sierra y oriente y el otro 50% se destine a la región costa e insular.

La compraventa de activos financieros que realicen las entidades del sector público en ambas regiones deberán realizarse en partes iguales, en cuanto a porcentaje de

participación, al monto efectivo, monto ajustado por plazo, plazo de negociaciones y al tiempo en el que ocurran, de manera que se realicen simultáneamente en las dos regiones antes mencionadas.

El volumen de dichos recursos que las entidades del sector público administran y el impacto de ellos en el sector productivo, los plazos, montos de tales inversiones, colocación de recursos y compraventa de activos financieros serán reportados mensualmente por las instituciones participantes en el mercado financiero y de valores a sus respectivos organismos de control dentro de los primeros tres (3) días laborables de cada mes.

Las entidades del sector público reportarán mensualmente al Banco Central del Ecuador los plazos, montos de inversión, colocación de recursos y compraventa de activos financieros.

Un resumen por región de estos reportes será publicado durante los diez (10) primeros días calendario de cada mes por las Bolsas de Valores y por el Banco Central del Ecuador. Las Bolsas de Valores publicarán un resumen de montos y plazos promedios por región de lo invertido a través de Bolsas. El Banco Central del Ecuador publicará los totales en montos y plazo promedios por región.

Art. 35.- DE LAS SANCIONES.- El incumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente Capítulo causará la destitución del representante legal o del principal de la institución respectiva.

CAPITULO V

DE LA PARTICIPACION SOCIAL

Art. 36.- FORMAS DE PARTICIPACION LOCAL Y COMUNITARIA.- Sin perjuicio de otras formas de participación reconocidas en la Constitución Política y las leyes de la República, los alcaldes, prefectos provinciales y organismos de desarrollo regional, con la finalidad de lograr el desarrollo de la comunidad y mejorar las condiciones de vida de los habitantes de las respectivas circunscripciones, promoverán e impulsarán la participación social e iniciativa popular a través de las siguientes entidades sociales territoriales:

- a) Comités Barriales;
- b) Federaciones Barriales; y,
- c) Juntas Parroquiales.

Art. 37.- DE LOS COMITES BARRIALES.- Son organizaciones con personería jurídica. Su ámbito de acción estará delimitado físicamente por el concejo municipal dentro del territorio de su circunscripción parroquial. Su desenvolvimiento administrativo se sujetará a lo dispuesto en sus estatutos y reglamentos. Corresponde a los comités barriales:

- a) Identificar, priorizar y cooperar en la planificación y ejecución de las obras de interés barrial;
- b) Cuidar por el eficaz funcionamiento, mantenimiento, conservación y el más adecuado aprovechamiento de las obras y servicios públicos barriales;

- c) Coparticipar en la evaluación de las obras y proyectos que beneficien al barrio;
- d) Velar por la correcta, oportuna y eficiente ejecución de las obras públicas que se desarrollen en el barrio;
- e) Impulsar modalidades de coestión para el desarrollo de la comunidad barrial;
- f) Informar periódicamente a su comunidad sobre las acciones que desarrollen en su representación;
- g) Promocionar y fomentar la autogestión comunitaria enfocada a proyectos económicos productivos como los de servicio, comercialización, consumo y al trabajo comunitario, a través de mingas y otros; y,
- h) Las demás que le atribuya la Ley.

En cada barrio se reconocerá una sola representación. En caso de que surja más de un comité barrial, la junta parroquial dirimirá sobre la legitimidad del comité e informará al municipio respectivo.

Art. 38.- DE LAS FEDERACIONES BARRIALES.- Son asociaciones de derecho privado sin fines de lucro, con personería jurídica, integradas por los representantes de los comités barriales. Su desenvolvimiento administrativo se sujetará a lo dispuesto en sus estatutos y reglamentos.

Las federaciones barriales cumplirán gestiones de apoyo y coordinación entre los comités barriales que las componen. Las federaciones barriales cumplirán gestiones ante las entidades estatales, seccionales y privadas que fueren del caso, a efectos de apoyar las iniciativas de los comités barriales respectivos.

Art. 39.- DE LAS JUNTAS PARROQUIALES.- En cada parroquia urbana o rural habrá una junta parroquial integrada por no menos de cinco ni más de nueve miembros, en proporción al número de habitantes, elegidos por los ciudadanos empadronados en la parroquia respectiva, en la forma y época que establezca la Ley de Elecciones.

Los vocales de las juntas parroquiales durarán en sus funciones y se renovarán al mismo tiempo y en la misma forma que los concejales, pudiendo ser reelegidos. Para ser miembro de una junta parroquial es necesario estar en ejercicio de los derechos de ciudadanía y tener residencia habitual en la respectiva circunscripción parroquial.

Cada junta parroquial elegirá de entre sus miembros un presidente y un vicepresidente.

Art. 40.- ATRIBUCIONES DE LAS JUNTAS PARROQUIALES.- Corresponden a las juntas parroquiales las siguientes atribuciones:

- a) Plantear al municipio, luego de receptar las propuestas de los comités o federaciones barriales, las obras y proyectos de trascendencia para la parroquia, con la finalidad de que sean incluidos, de acuerdo a su prioridad, en el Plan de Desarrollo Municipal.

Las solicitudes para la realización de obras o la prestación de servicios en la parroquia podrán ser canalizadas a

través de las juntas parroquiales, las que describirán el proyecto u obra y proporcionarán al municipio los datos básicos para su estudio y posterior ejecución;

- b) Designar de entre sus miembros, comités de gestión y vigilancia encargados de evaluar la eficiencia, oportunidad y calidad de las obras y servicios en ejecución o a ejecutarse en la respectiva parroquia;
- c) Formular sugerencias respecto de los programas de obras, de la respectiva administración municipal o provincial, según el caso;
- d) Evaluar el cumplimiento de las obras que se ejecuten en la parroquia, en función del cronograma de ejecución respectivo y formular las propuestas del caso para su finalización;
- e) Informar periódicamente a su comunidad sobre las acciones que desarrollen en su representación;
- f) Plantear reclamos y solicitudes ante los órganos de la administración respectiva, a nombre de la parroquia, sobre cuestiones de interés de la comunidad los cuales deberán tener respuesta en el plazo de 15 días;
- g) Sesionar ordinariamente cada quince días y extraordinariamente cuando lo convoque el presidente o las dos terceras partes de sus miembros, para tratar asuntos considerados de prioridad;
- h) Presentar proyectos de ordenanzas a los municipios respectivos; e,
- i) Las demás que le asignen en las respectivas ordenanzas municipales.

Las juntas parroquiales tendrán personería jurídica.

Art. 41.- DE LAS ASAMBLEAS.- Las asambleas barrial y parroquial se constituyen en el órgano resolutorio superior a las asociaciones y federaciones barriales y estarán conformadas por los vecinos del barrio o parroquia, según los casos. Se reunirán ordinaria y extraordinariamente.

Las reuniones ordinarias se celebrarán con la frecuencia que señalen sus estatutos; y, las reuniones extraordinarias se realizarán cuando lo exijan las necesidades de la comunidad, y para tratar asuntos calificados de urgentes por el comité barrial o por la junta parroquial.

Art. 42.- DE LOS PUEBLOS INDIGENAS Y NEGROS.- Los pueblos indígenas y negros a través de sus organizaciones tradicionales podrán:

- a) Diseñar políticas, planes y programas de desarrollo en armonía con el Plan de Desarrollo diseñado por el Consejo Nacional de Planificación y Desarrollo de los Pueblos Indios y Negros, CONPLADE-IN y el elaborado por el Comité Permanente de Desarrollo Provincial;
- b) Promover las inversiones públicas en sus comunidades y asentamientos poblacionales e incentivar las empresas de economía social en las mismas;
- c) Velar por la preservación de los recursos naturales;

- Administrar y ejecutar los proyectos y obras promovidos por sus comunidades.

Cuando una comunidad se asiente en dos o más cantones o dos o más provincias, deberán coordinar la ejecución de sus proyectos u obras con los respectivos municipios, consejos provinciales u organismos de desarrollo regional, según el caso;

- Colaborar con el mantenimiento del orden público dentro de su comunidad de acuerdo con las instrucciones y disposiciones de las entidades competentes del Estado; y,
- Representar a sus organizaciones ante los municipios, consejos provinciales y demás entidades públicas.

Art. 43.- DE LA CONSULTA MUNICIPAL Y PROVINCIAL.- Previo al cumplimiento de los requisitos y formalidades que la Ley de Elecciones señale, podrán realizarse consultas populares en parroquias, cantones o provincias convocadas por la respectiva entidad seccional, o por las juntas parroquiales sobre asuntos que interesen a los habitantes de la respectiva parroquia, cantón o provincia.

Art. 44.- CONTRATACION COMUNITARIA.- Los municipios y consejos provinciales procurarán contratar con las organizaciones sociales capacitadas señaladas en esta Ley, la realización de proyectos y obras de desarrollo comunitario susceptibles de ser ejecutadas por dichas organizaciones en sus respectivas circunscripciones.

Art. 45.- DESARROLLO DE LA COMUNIDAD.- En cada municipio se conformará una Unidad de Desarrollo de la Comunidad, encargada de:

- Proporcionar apoyo legal y técnico, según los requerimientos de la comunidad;
- Atender a la capacitación requerida por parte de las organizaciones categorizadas en el presente Capítulo;
- Promocionar y fomentar la autogestión comunitaria, con énfasis en proyectos productivos y de servicio; y,
- Las demás que le asigne el respectivo concejo municipal.

Art. 46.- LEY ESPECIAL.- La presente Ley tiene el carácter de especial, por consiguiente prevalecerá sobre toda otra disposición legal que se le oponga.

Derógase la Segunda Disposición Transitoria de la Ley publicada en el Registro Oficial No. 27 de 20 de marzo de 1997 y que suspende la ejecución de la descentralización hasta enero de 1998.

La presente Ley no afectará en forma alguna los derechos consagrados para el Distrito Metropolitano de Quito en la Ley No. 46, publicada en el Registro Oficial No. 345 de diciembre de 1993 y aquellos organismos contenidos en normas legales dictadas en favor de organismos de desarrollo regional.

DISPOSICION GENERAL

Art. 47.- UNICA.- En el plazo de noventa días a partir de la publicación de esta Ley en el Registro Oficial, cada entidad y organismo del sector público establecerá los programas de desconcentración de funciones y demás acciones previstas en el Capítulo IV de la presente Ley.

Los programas de desconcentración de funciones se entenderán establecidos desde que sean íntegramente ejecutables. Será responsabilidad del representante legal o del principal de cada entidad y organismo del sector público obtener las aprobaciones respectivas para la íntegra implementación del programa respectivo.

ARTICULO FINAL.- La presente Ley entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial.

Dado en la ciudad de San Francisco de Quito, Distrito Metropolitano, en la Sala de Sesiones del Congreso Nacional del Ecuador, a los veinte y cinco días del mes de septiembre de mil novecientos noventa y siete.

f) Dr. Heinz Moeller -Freile, Presidente del Congreso Nacional.

f) Dr. J. Fabrizio Brito Morán, Secretario General del Congreso Nacional.

CONGRESO NACIONAL.- CERTIFICO: Que la copia que antecede es igual a su original que reposa en los archivos de la Secretaría General.

Día: 1° de octubre de 1997.- Hora: 4 p.m.

f) Ilegible.- Secretaría General.

N° 4573

EL MINISTRO DE EDUCACION Y CULTURA

Considerando:

Que el Art. 40 de la Constitución Política de la República, establece que, "En los sistemas de educación que se desarrollan en las zonas de predominante población indígena, se utilizará como lengua principal de educación el Quichua o la lengua de la cultura respectiva, y el castellano como lengua de relación intercultural";

Que el Art. 4 de la Ley de Educación establece que "en el sistema educativo nacional se garantiza la Educación Intercultural Bilingüe que, asimismo comprenderá dos subsistemas: a) El escolarizado; y, b) El no escolarizado";

Que mediante Ley N° 150 del 15 de abril de 1992, publicado en el Registro Oficial N° 918 del 20 del mismo mes y año, se reforma la Ley de Educación, por la cual se eleva la Dirección Nacional de Educación Intercultural Bilingüe a la categoría de organismo técnico, administrativo y financiero descentralizado; además se determina que tendrá su propia estructura orgánica-funcional, que garantizará la participación de los pueblos indígenas en todos los niveles e instancias de la administración educativa, en función de su representatividad;

Que mediante Acuerdo Ministerial N° 044 de abril 16 de 1992, publicado en el Registro Oficial N° 933 de mayo 12 del mismo año, se expide el Reglamento Orgánico y Funcional de esta Dirección Nacional;

Que mediante Acuerdo Ministerial N° 0112 del 31 de agosto de 1993, publicado en el Registro Oficial N° 825 de septiembre 12 del mismo año, se oficializa el Modelo de Sistema de Educación Intercultural Bilingüe;

ANEXOS

BIBLIOGRAFIA

Agenda para el desarrollo. Plan de acción del gobierno 1993-1996. CONADE

Cuaderno de desarrollo local # 8 IULA/CELCADEL "Nuevas estrategias frente a los desafíos de desarrollo local".

Cuaderno de desarrollo local # 11 IULA/CELCADEL "Modernización Municipal: Planeación participativa, Organización Social y Movilización Comunitaria"

Cuaderno de desarrollo local # 21 IULA/CELCADEL "Municipio y economía local: Iniciativas para el Desarrollo"

Cuaderno de economía sobre política social. INCAE

Correo poblacional volumen 4 # 3 CEPAR

Correo poblacional volumen 5 # 1. CEPAR

Correo poblacional volumen 5 # 3. CEPAR

Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS. OPS 1989

Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS. Talleres subregionales OPS 1989

Evaluación para el cambio. Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS OPS 1993

Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS. La participación local en el desarrollo de la salud HSP/ SILOS # 35

La participación social- Estudios/Casos: SILOS OPS 1990

La programación local como eje de desarrollo de los SILOS OPS 1991

Proyecto análisis y Promoción de políticas de salud CEPAR 1996

Registro Oficial # 169 de octubre 8 de 1997. Ley de descentralización



I. Municipalidad de Machala

DEPARTAMENTO

Oficio No. _____

Machala, a _____ de _____ de 199 _____

Oficio No. 0108-AM-97

Machala, octubre 15 de 1997

Señores
Ciudad.

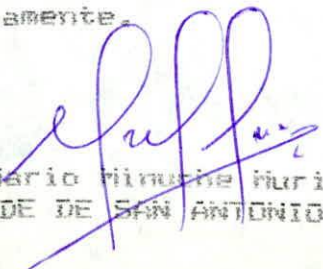
De mi consideración:

La Municipalidad de Machala, consciente de su responsabilidad histórica en torno al proceso de descentralización que vive el Estado Ecuatoriano, en donde los organismos seccionales jugamos un rol determinante, para viabilizar el camino de la participación comunitaria con sus organismos propios e Instituciones que la conforman, en busca del desarrollo que permita a Machala y al País todo, encontrar un mejor nivel de vida.

Frente a la importante iniciativa de PARROQUIALIZACIÓN, que significa operacionalizar la descentralización en términos prácticos en los que, Salud, Educación, Saneamiento Ambiental y Desarrollo Comunitario, son elementos decisivos en este proceso que facilitaran el gran objetivo propuesto, esta Municipalidad que Institucionalmente representa, asume y ejecuta las funciones y autoridad de un Gobierno Local auténtico, legítimo por su origen democrático, y legitimado por su actuación competente y el respaldo del Pueblo Machaleño, acepta este desafío histórico.

En la Parroquia LA PROVIDENCIA, con 46 barrios, en que viven alrededor de 30.000 habitantes, se ha dado inicio a la PARROQUIALIZACIÓN en términos reales, por lo cual el suscrito Alcalde COMPROMETE SU GESTIÓN, para que a través de los convenios que sean necesarios, podamos los diferentes organismos Nacionales, Provinciales y Cantonales, coordinar esfuerzos para que juntos a la U.N.G., Empresas Privadas y la comunidad, en un bien trazado plan de participación y con Administración Gerencial Moderna, podamos implementar en esfuerzos compartidos este gran reto.

Atentamente,


Dr. Mario Minuche Murillo
ALCALDE DE SAN ANTONIO DE MACHALA



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

DIRECCION DE SALUD DE EL ORO

Machala, a de de 199

CONVENIO DE COOPERACION Y COORDINACION DE SERVICIOS ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y EL MUY ILUSTRE MUNICIPIO DE MACHALA.

ANTECEDENTES..- El Ministerio de Salud posee un Subcentro de Salud ubicado en la Ciudadela "LOS VERGELES" de esta ciudad de Machala, denominado S.C.S. LOS VERGELES, por lo que la Dirección Provincial de Salud de El Oro, a través del Area 1 de Machala, brinda atención de Salud preventiva y curativa, en el área de influencia de los barrios "LOS VERGELES", "ALGARROBOS" y "URSEZA 2" sector 1. Y a fin de optimizar los servicios que presta el subcentro en mención se procede a firmar este convenio de cooperación y coordinación de servicios entre el Ministerio de Salud Pública, representada por el Director Provincial de Salud de El Oro y el Muy Ilustre Municipio de Machala, contenido en las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA.- OBLIGACIONES DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA..- La Dirección Provincial de Salud a través del Area 1, se compromete a:

- 1.- Capacitar, informar, actualizar, supervisar y evaluar a los diferentes programas que lleva el Ministerio de Salud Pública;
- 2.- Entregar insumos y materiales para planificación familiar;
- 3.- Entregar suero biológico para vacunación humana y canina;
- 4.- Entrega de materiales de imprenta para informes;
- 5.- Entrega de suero oral y cloro para programa de prevención de EDA;
- 6.- Entrega de micronutrientes para embarazadas y menores de un año;
- 7.- Entrega de fluor para prevención de madres embarazadas, preescolares y escolares de Centros Fiscales;
- 8.- Entrega de medicamentos para programa de T.B.

CLAUSULA SEGUNDA.- OBLIGACIONES DE LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DEL CANTON MACHALA..-

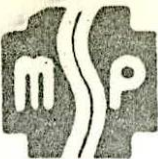
El Ilustre Municipio del cantón Machala, se compromete a:

- 1.- Ejecutar todos los programas mencionados en la cláusula anterior, en la población y Area geográficamente determinada;
- 2.- Informar semanalmente y mensualmente de acuerdo a los programas realizados;
- 3.- Dotar del personal necesario;
- 4.- Dotar del equipamiento;
- 5.- Dotar de infraestructura física para desarrollar las actividades de los diferentes programas.

CLAUSULA TERCERA.- DE LAS OBLIGACIONES DEL PERSONAL DEL SUBCENTRO DE SALUD "LOS VERGELES"

El personal del S.C.S. "LOS VERGELES" tendrán que realizar las siguientes actividades en coordinación con la Dirección Provincial de Salud y el Area 1:

- 1.- Salud materno infantil;
- 2.- Vacunación infantil, vacunación a madres embarazadas y mujeres en edad fértil;
- 3.- Control del embarazo;



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

DIRECCION DE SALUD DE EL ORO

Machala, a ____ de ____ de 199__

5.- Control del niño sano

6.- Programa de IRA

7.- Control escolar

8.- Detección oportuna del cáncer;

9.- Manejo del programa de Tuberculosis:

a).- Detección de sintomáticos respiratorios

b).- Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de casos y detección de contactos.

CIAUSULA CUARTA.- PROGRAMAS A SEGUIRSE EN EL S.C.S "LOS VERGELES".- Los programas a seguirse en el Subcentro de Salud "LOS VERGELES" son los siguientes:

PROGRAMA DE RABIA

a).- Vacunación canina

b).- Vacunación Humana

c).- Control de brotes de rabia.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE:

a).- Enfermedades Inmuno prevenibles.

b).- Enfermedades transmitidas por vectores.

PROGRAMACION ODONTOLOGICA.

a).- Fluoración de embarazadas, preescolares y escolar, profilaxis, endodoncias, exodoncias por demanda espontánea.

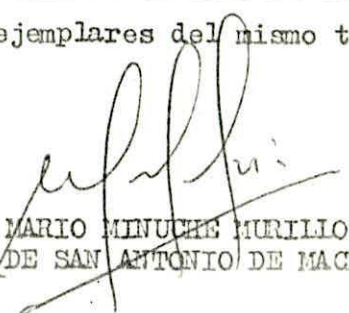
b).- Programa de micronutrientes.

PROGRAMA EDUCACION PARA LA SALUD

CIAUSULA QUINTA.- PLAZO Y VIGENCIA DEL CONVENIO.- El presente convenio entrará en vigencia desde la fecha de suscripción del mismo y tendrá una duración de un año, renovable de común acuerdo entre las partes. Las partes para mejor utilización de los servicios que prestará el Subcentro de Salud "LOS VERGELES" podrán celebrar - convenios adicionales, modificando o reformando las estipulaciones establecidas en sus cláusulas.

Leído que fue el presente convenio las partes se ratifican en todo su contenido en prueba de lo cual las partes lo firman en tres ejemplares del mismo tenor y valor, en Machala, a


Dr. NELSON RIOS ALCIVAR
DIRECTOR PROVINCIAL DE SALUD


Dr. MARIO MINUCHE MURILLO
ALCALDE DE SAN ANTONIO DE MACHALA

RAYITO de LUZ

SECTOR N° 3.
EL BOSQUE

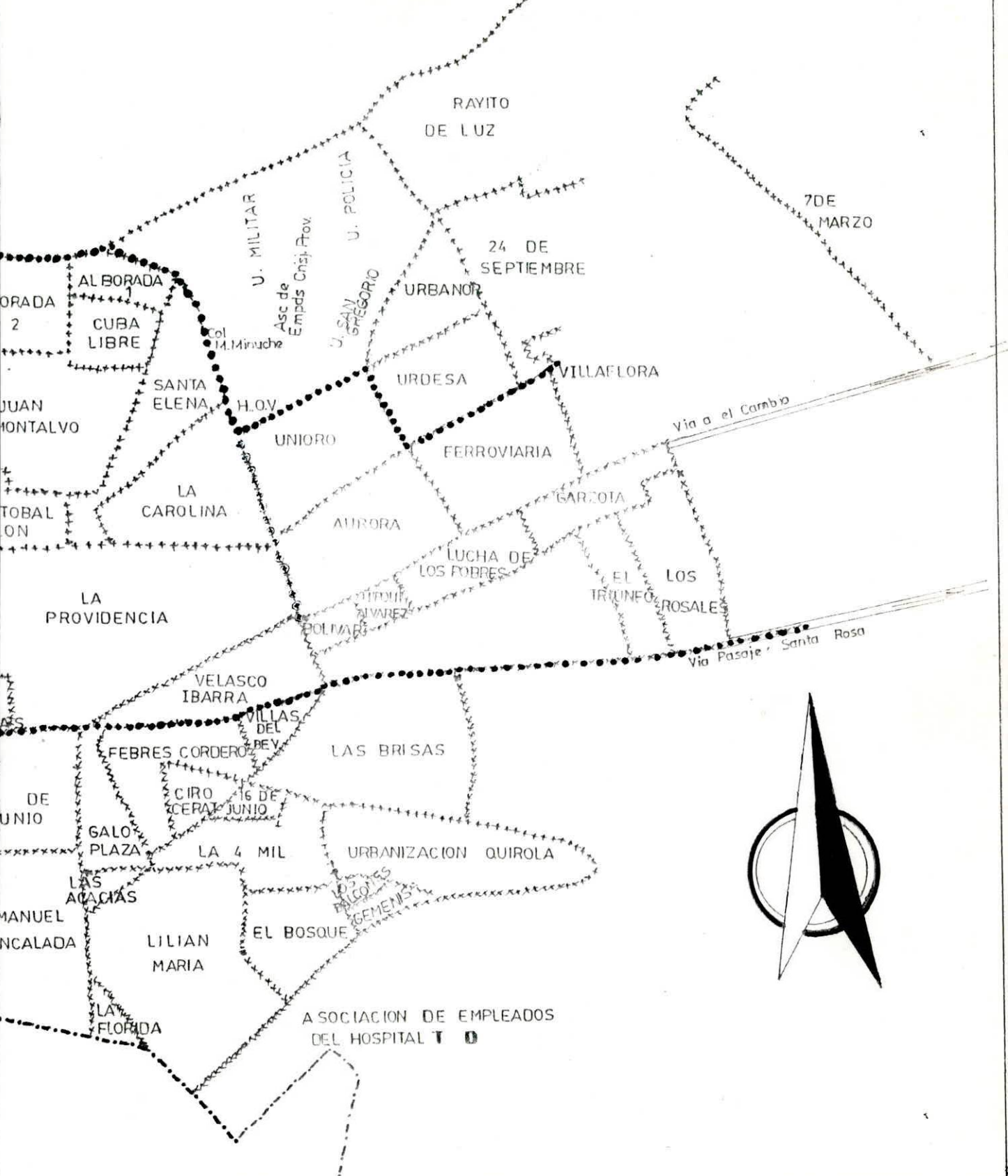
SIMBOLÓGICA

• Límite de Area ••••••••••

• Límite de Parroquia •-----•

• Límite de Sector •+++++

PARROQUIA PROVIDENCIA POR BARRIOS





DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DE EL ORO
ENCUESTA DE POBLACION Y VIVIENDA
PARROQUIA LA PROVIDENCIA - Machala - El Oro

1.- CANTON: Machala
2.- PARROQUIA: La Providencia
3.- SECTOR: _____
4.- BARRIO: _____ Calle: _____
5.- MANZANA: _____
6.- CASA #: _____

POBLACION

7.- **GRUPOS DE EDAD:** **NUMERO:**
Menor de 1 año _____
De 1 a 4 años _____
De 5 a 9 años _____
De 10 a 14 años _____
De 15 a 19 años _____
De 20 a 29 años _____
De 30 a 39 años _____
De 40 a 49 años _____
De 50 a 59 años _____
De 60 años y más _____

8.- **TOTAL DE MIEMBROS:** _____

9.- **ESCOLARIDAD:**
No Kinder _____
Kinder _____
Primaria _____
Secundaria Incompleta _____
Secundaria Completa _____
Superior Incompleta _____
Superior Completa _____
Analfabeta _____

10.- **USTED VIVE EN MACHALA:**
Siempre _____
Más de 3 años _____
Menos de 3 años _____

(si contesta afirmativamente pasar a la pregunta 11).

11.- **DONDE VIVIA ANTES**

2.- PROFESIONALES DE SALUD:

Médicos: _____
Enfermeras: _____
Tecnólogos: _____

Odontólogos: _____
Obstétrices: _____
Químicos Farmacéuticos _____

3.- TIPO DE VIVIENDA:

Cemento: _____
Mixta: _____
Madera o Caña: _____

14.- NUMERO DE DORMITORIOS:

UNO 1.- _____
DOS 2.- _____
TRES 3.- _____
MAS DE TRES: 4.- _____

5.- ABASTECIMIENTO DE AGUA:

Llave intradomiciliaria: 1. _____
Llave extradomiciliaria: 2. _____
Tanquero: 3. _____

16.- ENERGIA ELECTRICA

SI 1.- _____
NO 2.- _____

17.- ELIMINACION DE EXCRETAS:

Servicio Higiénico: 1. _____
Letrinas: 2. _____

18.- POBLACION CANINA:

Tienen Perros:
UNO 1. _____ DOS 2. _____