

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
FLACSO- SEDE ECUADOR**

PROGRAMA DE POLÍTICAS PÚBLICAS Y GESTIÓN

**“Comunicación y participación en el espacio público de Cotacachi:
El caso del sistema de salud”**

Verónica Rodríguez

26 de Junio del 2005

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
FLACSO- SEDE ECUADOR

PROGRAMA DE POLÍTICAS PÚBLICAS Y GESTIÓN

“Comunicación y participación en el espacio público de Cotacachi:
El caso del sistema de salud”

Verónica Rodríguez

Director de Tesis:
Dr. Santiago Ortíz

26 de Junio del 2005

INDICE

Resumen.....	i
Introducción.....	ii
CAPITULO I	
1. Comunicación.....	4
1.1. La comunicación.....	4
1.1.2 Redes de comunicación: individuo y organización.....	6
1.1.3 Comunicación y participación.....	7
1.1.4 Información y participación.....	10
1.1.5 Participación, consenso y otras estrategias de negociación.....	11
1.1.5.1 Liderazgo y toma de decisiones.....	15
1.1.6 El rumor.....	16
1.2 Participación ciudadana.....	17
1.2.1 Democracia representativa y democracia participativa.....	18
1.2.2 Participación ciudadana vs. Clientelismo.....	20
1.2.3 Características de la participación ciudadana.....	21
1.2.4 Niveles de participación.....	23
1.2.5 Acciones de desarrollo y participación ciudadana: el modelo de participación en agencias internacionales.....	25
1.3 Esfera pública.....	28
1.3 Introducción a la esfera pública y la democracia participativa.....	28
1.3.1 La esfera pública moderna y sus características.....	29
1.3.2 Elementos y principios de la esfera pública.....	31
1.3.3 Publicidad.....	33
1.3.4 Opinión pública.....	35
1.3.5 La comunicación dialógica.....	36
1.3.6 Crítica a la esfera pública y el modelo democrático de Habermas.....	39
1.3.6.1 Crítica a la teoría política basada en el consenso.....	39
1.3.6.2 La crítica feminista a la esfera pública habermasiana.....	41
1.3.6.3 Crítica a la esfera pública unitaria.....	43
1.3.6.4 Crítica a la esfera pública desde el mercado.....	45
1.3.7 La esfera pública.....	45
1.4 Conclusiones respecto a la comunicación, participación y esfera pública.....	46
1.4.1 Comunicación.....	46
1.4.2 Participación.....	48
1.4.3 Esfera pública.....	50

CAPÍTULO II

2.1	Descentralización en salud y participación ciudadana.....	53
2.1.2	Antecedentes de la política social en Ecuador en la última década.....	53
2.1.3	Breve análisis de la salud en el Ecuador.....	57
2.2	Contexto de participación en el comité intersectorial de salud de Cotacachi.....	59
2.2.1	Características geográficas, socioculturales y económicas de Cotacachi.....	59
2.2.2	Gestión municipal y participación ciudadana.....	60
2.2.3	El plan de desarrollo cantonal y la asamblea.....	64
2.3	La descentralización de la salud en Cotacachi.....	67
2.3.1	Estrategias del Comité Intersectorial de Salud.....	71

CAPÍTULO III

3.	Calidad de los espacios públicos.....	75
3.1	Calidad.....	75
3.2	Convocatoria.....	77
3.3	Funcionamiento.....	77
3.4	Pluralidad.....	79
3.5	Relación entre las demandas de las comunidades y la expresión de intereses en los representantes en el comité y la asamblea.....	79
3.6	Estrategias de información.....	80
3.6.1	Estrategias de información desde el comité intersectorial de salud a la comunidad.....	80
3.6.2	Difusión y usos de medios de comunicación.....	81
3.6.3	Formación y capacitación de comunicadores y educadores.....	82
3.6.4	Uso de espacios de comunicación formal.....	83
3.6.5	Uso de espacios de comunicación informal.....	83
3.7	Comunicación dialógica.....	84
3.7.1	Expresión de puntos de vista mediante el lenguaje cotidiano de los delegados: uso de lenguaje técnico y uso del kichwa.....	84
3.7.2	Relación de confianza y comunicación entre técnicos, líderes y la comunidad.....	85
3.7.3	Frecuencia de la información con la que cuentan los líderes comunitarios en el campo de la salud.....	86
3.8	Opinión.....	87
3.8.1	Expresión crítica y libre de los líderes comunitarios y pobladores.....	87
3.8.2	Circulación de rumores.....	88
3.9	Dialogo.....	90
3.9.1	Estrategias de retroalimentación.....	90
3.9.1.1	Percepción.....	90
3.9.1.2	Medios.....	93
3.9.2	Debate sobre puntos diversos/intereses.....	93
3.10	Negociación.....	95
3.10.1	Formas de negociación.....	95
3.10.2	Formas de establecer consensos y expresión de disensos.....	97
3.11	Publicidad.....	99
3.11.1	Información de actividades y resultados a la comunidad.....	99
3.11.2	Veedurías ciudadanas.....	99
3.12	Resultados.....	101

3.12.1 Toma de decisiones al interior del consejo de salud.....	101
3.12.2 Acciones.....	101
4. Conclusiones.....	102
5. Recomendaciones.....	111
6. Bibliografía.....	116
7. Anexos.....	123

CAPÍTULO II

2.1. DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

El proceso de conformación de esferas públicas amplias y abarcativas en la práctica social, con características comunicacionales y participativas como las vistas en el capítulo anterior, surgen de trasfondos socioeconómicos y de tradiciones culturales e históricas concretas.

El proceso de renovación administrativa y de participación ciudadana llevado a cabo en Cotacachi parte de realidades como: desigualdades materiales, distancias sociales y configuraciones de identificación de los grupos sociales locales; desde allí surge la alternativa local a través de la concertación de actores y la participación ciudadana para la conformación de una agenda pública local ejecutada a través del municipio, y de un espacio de toma de decisiones común donde se reconocen los diversos actores locales denominado, Asamblea de Unidad Cantonal.

En este espacio se han ejecutado diversos programas y proyectos principalmente en el área de salud con su proceso de descentralización; además de sus acciones en educación, producción, turismo, niñez y juventud, con miras a un desarrollo cantonal de largo plazo.

A continuación presentamos los antecedentes nacionales que llevaron a la ciudadanía cotacacheña a asumir las políticas de salud de su comunidad de manera participativa.

2.1.2. ANTECEDENTES DE LA POLÍTICA SOCIAL EN ECUADOR EN LA ÚLTIMA DÉCADA

El proceso de descentralización del Área de Salud No. 3 de Cotacachi surge de factores como las políticas del Estado en salud y la situación social del país. Para conocer a fondo cómo surgió la propuesta de descentralizar esa área es importante tener presente el marco jurídico estatal en que esta se genera y desarrolla.

Las reformas al sector de la salud en el país surgen de la crisis del estado benefactor que se inicia en América Latina a partir de la última década del siglo con las crisis

económicas; con ellas, se propone una oleada de reforma social que abarca seguridad social y asistencia social, salud pública entre otros aspectos. (Mesa Lago; 2000:7).

Entonces, se instauró la reforma social como una alternativa a la crisis un ajuste estructural que en cierta medida agravó la crisis del sector social pues la estrategia neo-liberal recomendó recortes de empleo público, desregularización, descentralización administrativa, privatización de empresas y servicios públicos o eliminación de subsidios directos de los mismos., disminución de gastos fiscales unidos a cambios e incremento de impuestos para propiciar el superávit, apertura al comercio mundial, etc. Con estas sugerencias dadas por las organizaciones internacionales de crédito se busca la expansión del rol del mercado, promoviendo la reducción del tamaño y funciones del Estado que pasa a un papel subsidiario.

Dentro de este grupo de reformas, la política social también fue trabajada con el fin de disminuir los niveles de ineficiencia administrativa, desequilibrio financiero-actuarial, concentración de la cobertura en el sector medio y exclusión de los grupos de más bajo ingreso, etc. (Ibid: 8)

Como soluciones viables se contempló la privatización o reforma del programa público y su integración con un componente privado en un sistema mixto o un sistema de competencia público-privada y la descentralización de competencias para, de esta manera, eliminar el monopolio estatal. (Castiglioni; 2000:2).

Dentro de esta perspectiva de renovación institucional los gobiernos locales adquirieron un rol cada vez más activo en la provisión de servicios públicos aunque en realidad no existe una transferencia efectiva de poder y recursos a los gobiernos locales de manera directa. Como parte del grupo de soluciones a la marginación y pobreza que azotaban a nuestro país se implementó la política de focalización, como una compensación para quienes están en condiciones de exclusión social.

En torno a la descentralización de competencias, de acuerdo a un Estudio de Población del Ecuador realizado el año 2000 por la Oficina de Planificación de la Presidencia de la República (ODEPLAN) y la Vicepresidencia de la República, se indica que se han realizado tan solo en la década del 90, 10 documentos oficiales relacionados con políticas y agendas de desarrollo en los que se han abordado temas

como la modernización del Estado, la apertura de la economía, flexibilización laboral y descentralización. (ODEPLAN; 2000:19).

La modernización en salud ha sido tema de políticas sociales desde 1997, en cuanto a la modernización ligado a procesos de privatización y descentralización esta se trabaja desde finales de la década de los 80's mediante la regulación y transferencia de competencias hecho que se ha concretado en normas generales, además de un conjunto de leyes secundarias, que respaldan el proceso pero establecen responsabilidades y compromisos con los gobiernos provinciales y administraciones municipales.

En torno a transferencia de competencias y descentralización, la Constitución Política del Ecuador de 1998 recoge los siguientes artículos. Art. 1: "El Ecuador es un estado social de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, pluricultural y multiétnico. Su gobierno es republicano, presidencial, electivo, representativo, responsable, alternativo, participativo y de administración descentralizada"; el Art. 124: "La administración pública se organizará y desarrollará de manera descentralizada y desconcentrada"; Art 225 de la Organización territorial y descentralización contempla: "El Estado impulsará mediante la descentralización y la desconcentración, el desarrollo armónico del país, el fortalecimiento de la participación ciudadana y de las entidades seccionales, la distribución de los ingresos públicos y de la riqueza".

En cuanto a salud, el documento trabajado en el ODEPLAN rescata que han surgido experiencias aisladas pero innovadoras en cuanto a la descentralización del cual el Austro, Cotacachi y Loja son los referentes con proyectos que abarcan sectores de la salud como el proyecto "Espacios Saludables" o el Comité Cantonal de Salud de Cotacachi. En este sentido, la base para consolidar el modelo es la planificación y la participación ciudadana a nivel local y la rectoría de este sector está a cargo del Ministerio de Salud Pública.

Alrededor de los programas de Bienestar Social los gastos de inversión han sido variados dependiendo de la situación económica por las que ha transitado el país tales como: partidas y créditos, desconcentrar los presupuestos sociales, reorientar subsidios existentes, conformar un fondo de emergencia social con parte de los presupuestos de los proyectos vigentes (ODEPLAN; 2000:21) en programas del Ministerio de Educación, Cultura, Deportes y Recreación, del Ministerio de Bienestar

Social, del Ministerio de Salud Pública, del Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda y los Programas Prioritarios del Frente Social.

De acuerdo a datos publicados en el SIISE (Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador), el gasto social aumentó progresivamente en la década de 1970 (debido al auge petrolero en el país que expande las tasas de crecimiento), el mismo que redujo drásticamente en 1980 (la década perdida, que contrae la economía del país) y la tendencia en la década siguiente ha sido de incertidumbre al presentar los primeros años cierta estabilidad hasta caer en la crisis de 1999 con lo cual el gasto social fue sustancialmente reducido.

A continuación se presenta un cuadro elaborado por el Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud donde se presentan los porcentajes de gasto social en el gasto público y el gasto público en salud realizado por el Gobierno desde 1995 hasta el año 2001.

INDICADOR	AÑO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
	Gasto Público total, como porcentaje del PIB		23.8	SD	SD	22.1	31.3	31.9
Gasto Social, como porcentaje del Gasto Público		SD	36.0	SD	29.0	19.5	17.1	20.0
Gasto Público en salud del Gobierno Central, Ministerio de Salud como porcentaje del PIB		1.1	1.0	0.8	0.9	0.5	0.6	0.8

Fuentes: Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), Informe sobre el Desarrollo Humano en el Ecuador, editado por el PNUD en 1999 y base de datos de la Cámara de Comercio de Quito.

“El gasto público social por habitante -incluyendo lo destinado a educación, salud, bienestar social y trabajo- se redujo en 40% entre 1996 y 1999. Esto es, al concluir la década, el gobierno central invertía una tercera parte menos que antes del inicio de la crisis económica de 1999 en la provisión de servicios sociales básicos” (SIISE).

La inversión en educación ha disminuido considerablemente, de acuerdo al SIISE de 52 dólares por habitante que se invertía en 1996 se redujo a \$27 en el año 99; en cuanto a salud también se redujeron los recursos de \$17 por habitante en 1996 a \$8 en el 99.

Desde este periodo los problemas de pobreza han adquirido una dimensión que abarca a más población con lo cual se han desarrollado una serie de estrategias para lograr un desarrollo social integrado; iniciando por la implementación de subsidios indirectos y programas prioritarios a cargo del Frente Social.

El Plan Social de Mediano Plazo 2001-2005 ejecutado por el Frente Social es un claro intento de conjugar tanto procesos de descentralización y participación con la generación de condiciones para el acceso de población pobre a los activos productivos además de mejorar la calidad del gasto público, aunque en sus contenidos no se especifiquen los caminos a seguir para instaurar un verdadero modelo descentralizado de salud, puesto que existe una falta de liderazgo al respecto.

Actualmente el enfoque es hacia la inversión social, tal es el caso del Plan Social, donde se plantea a que el gasto social puede tornarse en productivo mediante la protección al capital humano, generando condiciones de inclusión social.

2.1.3. BREVE ANÁLISIS DE LA SALUD EN EL ECUADOR

Se trata de un tema de difícil abordaje tanto pues los indicadores de salud en el país se ubican entre los más bajos del continente americano. (Plan Social 2001-2005).

Medido por índices de mortalidad infantil, perfiles epidemiológicos, niveles de desnutrición, acceso a atención médica, etcétera, las cifras son bastante bajas en cobertura y altas en mortandad, lo cual explican un sistema de salud basado en la gestión central, con problemas burocráticos en la ejecución de sus proyectos, bajos recursos y limitada capacidad de acción.

Citando al Plan Social, ha existido una débil capacidad operativa de parte del Ministerio de Salud Pública para organizar de manera participativa y descentralizada programas de salud debido, en parte, a una falta de liderazgo, pero también agravada por la resistencia de organizaciones gremiales y sindicales que sostienen al sector

salud fuertemente centralizado lo que, sumado a unos recursos económicos limitados para implementar planes descentralizados con mayor capacidad de cobertura y niveles eficientes de prestación de servicios, entorpecen más estas iniciativas.

El papel del Ministerio de Salud en el país es de proveedor y cobertura de servicios de salud y racionalización del manejo de recursos lo cual ha generado un debilitamiento de la institución por una serie de limitaciones de infraestructura y recursos, a lo cual se suman sistemas de gestión deficientes; situación que se agrava con la poca diferenciación territorial y rigidez en la gestión, lo cual impide que los programas de salud reflejen en forma efectiva las demandas locales.

Tras detectar esta serie de limitantes se plantea la implementación de un sistema de gestión descentralizado y flexible, para lo cual se ve como necesaria la ampliación de las competencias de los niveles subnacionales, y con ello tener un papel más activo en la provisión del servicio de atención primaria en salud, trabajando un marco jurídico en el que se especifican las condiciones para asumir esta competencia.

La base jurídica en la que se cimienta la propuesta de descentralización del sector salud en el Ecuador se sustenta en la Constitución Política de 1998, resumida en el artículo 45: "El Estado organizará un Sistema Nacional de Salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa".

El Plan Nacional de Descentralización, realizado por la Comisión Nacional de Descentralización, autonomías y circunscripciones territoriales plantea para el sector salud la creación de un órgano de planificación y coordinación cantonal de salud, la fijación de políticas y normas nacionales a cargo del Gobierno pero la fijación de políticas, calificación, normas, control, planificación, financiamiento y actividades relacionadas con la competencia, a cargo de la Gestión Municipal y el Gobierno Provincial.

Por otra parte, la Comisión de Salud del Congreso Ecuatoriano impulsa la aprobación en agosto del 2002 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, la cual ratifica la obligatoriedad de implementar mecanismos de gestión desconcentrados, descentralizados y participativos. Para lo cual los convenios de transferencia de competencias, funciones, responsabilidades y recursos deberán centrarse en el

cumplimiento de leyes y normas establecidas, garantizar la cobertura universal y equitativa y disponer de las condiciones operativas para asumir esta responsabilidad.

Jurídicamente existe la apertura al proceso de descentralización pero en la práctica, al tratarse de una competencia fuertemente centralizada, los gobiernos provinciales y especialmente los municipales, que han estado interesados en asumir esta competencia, han tenido que enfrentar una serie de restricciones en cuanto a su capacidad para definir y diseñar políticas sociales quedando su función en el administrador de programas nacionales a nivel local.

En la realidad nacional se pueden destacar en mínima proporción, políticas sociales concebidas y ejecutadas a través de gobiernos locales, lo que ha permitido fortalecerlos y convertirlos en organismos de planeación, programación, administración y ejecución de las obras.

Dentro de esta perspectiva, surge la visión del municipio como espacio en el cual se construye a partir de situaciones concretas, las políticas sociales que permiten enfrentar de forma diferente los problemas, a través del diagnóstico y diseño conjunto con sus habitantes, tarea que a la vez resulta compleja si se toma en cuenta la composición variada de las sociedades con necesidades complejas e intereses diversos.

2.2. CONTEXTO DE PARTICIPACIÓN EN EL COMITÉ INTERSECTORIAL DE SALUD DE COTACACHI:

2.2.1. CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS, SOCIOCULTURALES Y ECONÓMICAS DE COTACACHI

El cantón Cotacachi está ubicado al suroccidente de la provincia de Imbabura, cuenta con una población de 37. 215 habitantes (Siise, 2003), la parroquia urbana de Cotacachi tiene 5.000 habitantes, las cabeceras parroquiales del área rural albergan a unas 4.000 personas y las 20.000 restantes habitan en asentamientos dispersos de la zona andina y cálida del cantón.

Una de las características más reconocida del cantón Cotacachi es la diversidad cultural, existe una alta presencia indígena pues el 36,9% de su población se autodefine como tal, de ella la mayor parte es población rural, además cuenta con el 0,6% de población negra rural y mayoría de población mestiza. (Siise, 2003).

Existe un nivel de pobreza en el cantón del 77.7%, siendo considerado este cantón como el más pobre de la provincia de Imbabura. El bono de solidaridad cuenta con 4.427 beneficiarios, el porcentaje de analfabetismo es de 22.4%, siendo las mujeres quienes tienen mayor nivel de analfabetismo: 27.1% en relación al 17.7% de analfabetos hombres.

La localidad invierte, aproximadamente, 17.016,3 dólares en productos productivos y comercialización y 6.0754 dólares en infraestructura social.

Geográficamente el cantón tiene dos zonas diferenciadas: la primera es la zona andina que está ubicada en las faldas orientales del volcán Cotacachi, con páramos, bosques húmedos y bosque seco. Esta zona presenta condiciones para la agricultura y ganadería.

La segunda zona comprende las faldas occidentales del volcán Cotacachi y es la denominada zona cálida o Intag, la cual posee diversas formaciones ecológicas posibilitando actividades agropecuarias, explotación forestal y la extracción minera.

2.2.2. GESTIÓN MUNICIPAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

La evolución de las transformaciones hacia la participación en Cotacachi arranca en 1996 cuando arriba al poder municipal un indígena como parte de un proceso que fuera caracterizado por la presencia de actores sociales como la UNORAC (Unión de organizaciones campesinas de Cotacachi) y el Comité Zonal de Intag.

La UNORCAC se constituyó en un pilar muy importante pues constituye una organización de avanzada, ella apoyó el proceso de participación ciudadana. La UNORCAC tiene sus orígenes en la Federación ecuatoriana de indios FEI, que influencia en las comunidades indígenas al crear las condiciones para rechazar la discriminación y el abuso de parte de los sectores terratenientes y dominantes del cantón.

El triunfo del primer alcalde indígena en el cantón significó el principio de una transformación del aparato municipal pues se inició un trabajo conjuntamente con los pobladores del cantón, quienes siempre estuvieron al margen de las actividades municipales. Ellos fueron incorporados para retroalimentar el nuevo proceso a través de su participación y de esta manera cambiar el escenario local donde aún persistían formaciones de poder locales, distinciones sociales y ciertas relaciones de dominación, para abrir un campo igualitario donde se recogieron las voces, intereses, prácticas y percepciones de la ciudadanía.

Para lograr este propósito, el primer año de gestión del Econ. Auki Tituaña Males, se llamó a concertación de la sociedad civil para definir un plan de acción a largo plazo, con el fin de lograr el desarrollo del cantón y modernizar la municipalidad, inicialmente se llamó a la sociedad civil a un espacio de diálogo, en el cual se establecían los principales problemas y las acciones que se debían tomar; así fue como se concretó el proceso de activa participación ciudadana a través de la constitución de una instancia reconocida públicamente bajo ordenanza municipal: la Asamblea Cantonal, que funciona como un espacio de participación y concertación autónomo del Municipio. (Plan de Desarrollo Cantonal; 1997:19)

Este proceso no solo fue de cambio institucional sino que con él se concreto, poco a poco, la articulación entre los diferentes miembros de la sociedad cotacacheña con sus particularidades e intereses. Desde sus diferencias se construyó un proceso de igualdad social en el cual se trabajan intereses locales a través de la concertación de todos los sectores de la localidad involucrando identidades heterogéneas: indígenas, colonos de la zona occidental, sectores manufactureros, terratenientes y ciudadanos en general. El proceso en la actualidad aglutina aproximadamente a 300 organizaciones locales.

Año a año ha ido consolidándose el nuevo proceso de desarrollo local, que inicialmente tuvo por objeto conocer la opinión de la ciudadanía para luego evolucionar hacia la toma de decisiones de forma participativa sobre asuntos del cantón, profundizando los niveles de democracia activa en la comunidad y desde la comunidad ya que la base del proceso fue el reconocimiento de los diversos actores que constituyen el poder local desde la municipalidad (gobierno local), los medios de comunicación locales y la sociedad civil.

El trabajo se ha venido realizando a través de las organizaciones conformadas en el cantón, la creación de nuevas organizaciones donde no las hay, y el fortalecimiento de aquellas que son débiles ha permitido el establecimiento de una red de micro espacios públicos a lo largo y ancho del cantón, en el cual se ha consolidado un campo ciudadano más igualitario a través de la inclusión de la comunidad a este proceso, donde a través de la elaboración de discursos, se crean formas de representación política mediante la administración de intereses inmediatos colectivos.

En los inicios de este proyecto conjunto entre la municipalidad y sociedad civil no se involucraron de manera activa los representantes de los comerciantes y hacendados por desconfiar de las acciones de los indígenas a cargo del municipio.

Son 8 años consecutivos que se llevan realizando Asambleas Cantonales en Cotacachi, este espacio se ha afianzado bajo ordenanza municipal y la práctica ciudadana, surgiendo una cultura participativa local como mecanismo democrático de involucramiento para el análisis, planificación participativa y seguimiento de acciones conjuntas entre autoridades locales y comunidad, existiendo en ambos la voluntad de mantener este espacio permanentemente., esta es una forma de establecer una *res pública* local pues existe un espacio democrático propio para el debate y la gestión.

Gran parte del éxito del proceso participativo se debe al factor de identidad como cohesionador que conjuntamente con la territorialidad son enclaves del desarrollo local para establecer acuerdos y visiones ampliadas a nivel de procesos de desarrollo.

La identidad está ligada a procesos económicos, sociales y políticos además de niveles espaciales, entre otros; Cotacachi está conformada en gran parte por indígenas Otavalos (36.9% de la población) cuya identidad está fuertemente vinculada a formas de organización socioeconómicas específicas.

De otro lado, uno de los factores que obstaculiza el surgimiento y la consolidación de iniciativas locales es la falta de arraigo de las generaciones jóvenes por la migración, desempleo y falta de oportunidades locales.

Anterior al período de Auqui Tituaña (1996-2004), el poder a nivel administrativo estuvo constituido por la presencia de partidos políticos habituales que ejercían su gestión municipal de manera tradicional, es decir, el sistema administrativo era excluyente, paternalista, clientelista y centralista, (Plan Cantonal de Desarrollo, 1997),

esta situación cambia con las vías de participación establecidas en donde la ciudadanía y sus organizaciones han fortalecido su esfera de influencia y su identidad.

Actualmente, la Asamblea Cantonal de Cotacachi se constituye en un escenario democrático de análisis y planificación participativa, un espacio para las propuestas, el manejo de presupuesto municipal y el control ciudadano sobre las acciones municipales, de la asamblea y de las organizaciones locales.

El papel asumido por la alcaldía ha sido desde una visión amplia del trabajo en la zona, para ello, el gobierno local viene negociando con el Estado la descentralización de educación, salud y manejo de turismo, las mismas que por falta de una apertura de los ministerios hacia la descentralización y las trabas burocráticas, únicamente se ha concretado el trabajo en salud.

La municipalidad ha logrado grandes progresos al iniciar un proceso de transformación administrativa en miras de afianzar el desarrollo en la localidad, quizás uno de sus mayores alcances es que con esta nueva forma de administración local y de visión democrática participativa ha logrado atraer el apoyo de organizaciones no gubernamentales, ONG's, quienes han apoyado con técnicos, proyectos, e infraestructura el Plan de desarrollo cantonal, logrando que se duplique el presupuesto municipal.

Así, en el informe económico del período Octubre 2002-agosto 2003 presentado el 12 de septiembre del 2003 (8va. Asamblea de Unidad Cantonal) el presupuesto municipal fue de 2.700.569 dólares y el presupuesto externo, proveniente del financiamiento de la cooperación local, nacional e internacional mediante convenios, fue de 2.562.306 dólares, es decir, el Municipio de Cotacachi contó con 5.262.875 dólares para el financiamiento de obras y gasto municipal en el año 2003.

En este presupuesto no están contemplados los excedentes económicos de los hacendados, ganaderos, exportadores y floricultoras de la zona pues no tributan en la localidad y tampoco participan en el proceso participativo.

2.2.3. EL PLAN DE DESARROLLO CANTONAL Y LA ASAMBLEA

El Plan de Desarrollo Cantonal impulsado por el Municipio de Cotacachi se da paulatinamente dentro de la coordinación municipio-sociedad civil-organizaciones no gubernamentales, y se destacan tres fases:

- 1.- Orientada a la motivación y sensibilización de los actores
- 2.- Relacionada con la realización del autodiagnóstico participativo
- 3.- Fase de socialización del plan participativo

Para la realización del diagnóstico participativo se llevaron a cabo varios talleres de trabajo en tres sectores del cantón: La zona andina con representantes y dirigentes de las comunidades indígenas y la UNORAC, la zona urbana de Cotacachi con la participación de distintas organizaciones sociales e institucionales, la zona de Intag con representantes de sus comunidades rurales y de los centros poblados; este proceso inicialmente se dio de manera aleatoria, hecho que para las siguientes convocatorias se establecieron criterios de representación equitativos. (Ramírez;2001:36)

En los primeros talleres participativos se discutieron temas como:

Salud, educación y cultura, medio ambiente y turismo, mujer, familia y sociedad, producción artesanal, producción agropecuaria, suelos y tenencia de la tierra, comercialización, infraestructura, agua potable, agua de riego, vialidad y servicios básicos, organización, comunidades indígenas y parroquias rurales.

Dentro del autodiagnóstico se procuró establecer prioridades en sus problemas y plantear posibles soluciones, se procuró trabajar en las asambleas bajo varias dimensiones como: los derechos ciudadanos, participación equitativa de grupos sociales y desarrollo local.

Entre los principales problemas reconocidos en las primeras Asambleas se encuentran: analfabetismo (1 de cada 4 habitantes son analfabetos), altas migraciones, racismo y falta de puentes entre distintos grupos étnicos, inseguridad ciudadana, falta de infraestructura de comunicación y consecuente aislamiento de comunidades, limitada capacidad de producción y comercialización de pequeños agricultores indígenas y colonos, contaminación de ríos e inadecuado manejo de

cuencas, deforestación, aparato municipal poco técnico y poco dinámico, políticas municipales paternalistas y escasa participación ciudadana, recursos municipales insuficientes en relación a las demandas; necesidad de implementar planes para controlar la pobreza que afecta al 80% de la población. (Guerrero; 1999: 119)

Inicialmente en la Asamblea se implementó 5 mesas de concertación que con el paso de los años y la experiencia alcanzada aumentaron a 7 y se transformaron en Comités permanentes en las áreas de: salud, educación y cultura, turismo, producción, gestión ambiental, consejo de la niñez y adolescencia y, por último, presupuesto participativo. Estos comités funcionan bajo el Consejo Superior de Desarrollo y Gestión que es la instancia operativa de la Asamblea cantonal.

A través de estos espacios, creados para la toma de decisiones de interés general, se ha fortalecido un nuevo modelo de administración municipal que abre sus puertas a la participación y con esta herramienta busca ser una instancia administrativa y ejecutora moderna, eficiente y eficaz.

El involucramiento de la población en estas actividades representa un cambio cualitativo en el ejercicio de su ciudadanía pues anterior a este proceso existía un alejamiento de la población de la esfera pública, al vivir toda su vida en una cultura de delegación donde los únicos que sabían cómo se invertían los dineros del municipio y cuáles eran sus actividades eran sus autoridades, mientras que la población ejercía su ciudadanía únicamente a través de la votación popular.

El ámbito denominado "Asamblea Cantonal" cumple con las características de un espacio público pues en ella las personas se reúnen y discuten las acciones del Estado y del Municipio, desde ahí se realizan proyectos, se toman decisiones, se vigila y controla procedimientos, etc.

La manera en que funcionan es a través de organizaciones de base y sus representantes, quienes participan en la Asamblea. Las reuniones son totalmente públicas y permiten el libre acceso de las personas pero hay restricciones al momento de las votaciones, es decir, sino pertenece a alguna organización tiene derecho a voz pero no a voto (toma de decisiones). La Asamblea y los Comités son espacios de diálogo, abiertos, incluyentes, independientes del Estado y de la administración pública local, aunque quienes no participan en ella suponen que es una instancia del Municipio.

Adicionalmente, para impulsar el modelo de desarrollo participativo en Cotacachi, el Municipio ha demostrado capacidad de liderazgo, fuerza de convocatoria e interés para fortalecer e institucionalizar la democratización de la gestión local mediante la implementación de una política de participación ciudadana y de concertación para la gestión y el desarrollo local.

Las acciones realizadas en conjunto con los actores locales ha permitido, de manera directa, el fortalecimiento de las organizaciones de segundo grado, además de alcanzar legitimidad social, institucional, incorporación de niños y jóvenes en el proceso de planificación y gestión cantonal, para la construcción de ciudadanías plenas.

Se distingue el uso racional de recursos propios y canalización efectiva de recursos de ONG's y organismos de cooperación internacional en acciones prioritarias para la población y coordinadas entre sociedad civil, autoridad municipal y actores extralocales. Gracias al apoyo de organismos privados y públicos nacionales y extranjeros han consolidado un modelo de gestión alternativa que resalta el fortalecimiento de los poderes locales y la participación ciudadana.

**CUADRO: OBRAS EJECUTADAS POR ZONAS
PERÍODO SEPTIEMBRE 2002- AGOSTO 2003**

ZONAS	CANTIDAD	%
Urbana	46.00	31.50%
Andina	63.00	43.15%
Subtropical	37.00	25.35%
TOTAL	146.00	100.00%

Fuente: Informe de Alcaldía. Período septiembre 2002 – agosto 2003

**CUADRO: INVERSIONES REALIZADAS POR ZONAS
PERÍODO SEPTIEMBRE 2002- AGOSTO 2003**

ZONAS	VALOR	%
Urbana	585.518,24	41.35%
Andina	431.617,29	30.48%
Subtropical	389.789,81	28.17%
TOTAL	1.415.925,34	100.00%

Fuente: Informe de Alcaldía. Período septiembre 2002 – agosto 2003

El objetivo general de todo este proceso, es promover un desarrollo económico equitativo y sostenible mediante el uso racional de los recursos naturales, institucionales y humanos para luchar contra la pobreza y mejorar los niveles de vida en el cantón, cuya estrategia definida es la participación ciudadana en la gestión y el planeamiento cantonal para consolidar las bases económicas, legales, organizativas, socio-culturales e institucionales, permitiendo el desarrollo económico equitativo en el territorio cantonal.

Con esto se busca mejorar los niveles de vida de la población para conseguir un desarrollo humano equitativo basado en la interculturalidad, consolidar una participación organizada de sectores sociales y ciudadanos en la toma de decisiones para los temas de interés general del cantón y reforzar el nuevo modelo de gestión municipal participativa y descentralizada, de manera que se logre un desarrollo cantonal equitativo.

En la práctica, este ejercicio de ciudadanía plena permite un mayor control de los ciudadanos sobre las acciones públicas y por ende un mayor involucramiento y responsabilidad social en los procesos públicos concernientes al Estado y sus instituciones.

2.3. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD EN COTACACHI

Como se dijo anteriormente, la Asamblea Cantonal cuenta con 7 Comités permanentes: Salud, Educación y Cultura, Turismo, Producción, Gestión Ambiental, Consejo de la Niñez y Adolescencia y, por último, Presupuesto Participativo. De estos,

uno de los Comités que más se ha perfilado en su trabajo es el Comité Intersectorial de Salud, el mismo que funciona desde los inicios de la Asamblea.

Este espacio, constituido por 25 miembros, tiene como su mayor logro la descentralización del Área de Salud No. 3, que parte de un trabajo planificado cuyo documento base es su Plan Cantonal de Salud 2002-2006, elaborado desde sus mismos miembros.

Durante la elaboración del nuevo modelo de atención en salud, se llegó a la conclusión de la necesidad de descentralizar el sistema de salud ya que ello permitiría generar mayor equidad en el acceso a los servicios, el mejoramiento de la calidad de las prestaciones ofrecidas, el fortalecimiento en el ejercicio de derechos por parte de la ciudadanía, un incremento de los recursos necesarios para el trabajo en salud en el nivel local y un mejor uso de los recursos con los que se cuenta.

La descentralización de esta área se planteó con el fin último que “la salud de Cotacachi sea solidaria, equitativa y universal y lograr que los servicios de salud se modernicen y se humanicen, observando los principios de la interculturalidad de acuerdo a leyes nacionales e internacionales”. (Tituaña; 2000:1)

En este sentido, la propuesta fue construida a lo largo de 6 años, dentro de una perspectiva de integralidad que para su constitución y consolidación ha seguido un proceso a largo plazo.

Inicialmente, se definieron ocho componentes estratégicos de trabajo que parten de la consolidación del Comité Intersectorial de Salud y la elaboración de su plan estratégico, siendo para ello necesario la estructuración y legalización del CIS – obtención de personería jurídica-, el establecimiento de consensos, acuerdos y compromisos con todos los actores del sector salud del ámbito público y privado, la disponibilidad de infraestructura básica y la capacitación en gestión administrativa.

Una vez conformado el Comité Intersectorial de Salud se procedió a realizar:

- Diagnósticos del sector salud en el cantón.
- Definición de directrices generales para la estructuración de la red de servicios, modelo de atención en salud, modelo de financiamiento y plan de sostenibilidad.

- Definición de las prestaciones esenciales que proveerán la red, en base a los perfiles epidemiológicos de las localidades del cantón e identificación de sus costos.

Al finalizar esta primera fase, en marzo del año 2000 se presentó el subproyecto de construcción del sistema descentralizado de salud de Cotacachi a las autoridades del Ministerio de Salud Pública (instancia legal) y la Misión del Banco Mundial (en su calidad de institución financiera de la propuesta) para su aprobación.

La fase de implementación inicia en mayo del 2000 a partir de la firma del convenio entre el MSP y el CIS, con el diseño operativo trimestral y anual del plan y con el desarrollo de las actividades planificadas, las cuales están enfocadas hacia actividades puntuales tales como:

- Convocatoria a proveedores públicos y privados para implementar una base de datos sobre sus líneas de interés.
- Elaboración de términos de referencia para el plan de intervención, fortalecimiento y aplicación del desarrollo estratégico del Hospital Asdrúbal de la Torre y Área de Salud No. 3.
- Elaboración de términos de referencia para el estudio de satisfacción de usuarios.

La base jurídica sobre la que se levanta la propuesta es:

La ordenanza declaratoria de Cantón Saludable aprobada el 13 de diciembre de 1997 por el Concejo Municipal de Cotacachi, a través de la cual se prioriza una cultura saludable, la prevención de enfermedades y la articulación de la medicina tradicional con la medicina occidental.

La firma del convenio entre el MSP y el Municipio de Cotacachi en julio de 1998 para sustentar las bases técnicas, políticas y financieras para el desarrollo del Sistema Descentralizado de Salud (SDS) cuyo objetivo central hace referencia a:

“Mejorar el nivel de salud de la población del cantón Cotacachi, mediante la viabilización y ejecución conjunta entre las instituciones que firman el convenio en mención, de un cambio progresivo en el modelo de atención de salud del Cantón, orientándolo hacia una gestión descentralizada y autónoma, con énfasis en la prevención de

enfermedades, que promueva la creación de una cultura sanitaria mediante la promoción de la salud, que respete la diversidad cultural y étnica, que articule la medicina tradicional y la occidental, que permita la organización y funcionamiento de una red integrada de servicios de salud con proveedores plurales que garanticen una cobertura universal de atención de calidad a toda la población". (Plan Cantonal de Salud; 2002:20)

Las instancias de participación dentro de la implementación de esta propuesta fueron, a nivel local, el Municipio de Cotacachi, el Área de Salud No. 3, ONG's, organizaciones comunitarias, organizaciones barriales; a partir de donde se conformó un equipo técnico encargado de la negociación quienes trabajaron con el apoyo de GTZ y OPS. A nivel nacional, el MSP a través del proyecto MODERSA (proyecto de modernización de la salud).

La conformación de este espacio para la participación de diversas organizaciones dentro del Comité de Salud, ha dado legitimidad al proceso y permite hacer un control social de todas las actividades emprendidas para garantizar eficiencia y equidad en la provisión; además, cabe destacar, la participación de otros sectores que no tienen que ver directamente con la provisión de servicios de salud sino con actividades complementarias para mejorar la salud del cantón dentro de una perspectiva preventiva, como por ejemplo educación y medio ambiente.

En junio del 2003, tras una serie de tropiezos al interior del MSP, se logra la descentralización del área de Salud No. 3 a través del ministerio de la ley, logrando el traspaso oficial de esta competencia al Municipio de Cotacachi, lastimosamente el proceso aún no se efectiviza por completo pues aún no hay el traspaso de la competencia financiera por parte del Ministerio de Finanzas.

Este modelo de gestión en salud implementado en Cotacachi cuenta con un financiamiento mixto: fondos del gobierno central, del municipio y de organizaciones internacionales de cooperación, elementos que le pueden dar mayor sostenibilidad a futuro, debido a que no se restringe a una sola fuente de financiamiento.

2.3.1. ESTRATEGIAS DEL COMITÉ INTERSECTORIAL DE SALUD

El Comité Intersectorial de Salud complementa la iniciativa de generar espacios de participación de la sociedad civil y responde a la necesidad de mejorar el acceso a los servicios, en un espacio social marcado por la desigualdad y la heterogeneidad.

Desde este espacio no solo se ha realizado el impulso de una reforma administrativa, sino que se ha tratado de un cambio de estructuras de poder que sustentan actitudes y prácticas dentro de una visión científica-occidental.

En esta perspectiva, una de las principales herramientas que promulga la propuesta es la negociación entre distintos actores sociales, portadores de distintos enfoques e ideologías, que representan a diversos sectores. Entre los principales se pueden mencionar: Municipio de Cotacachi, Hospital Asdrúbal de la Torre, Area de Salud No. 3, Dirección Provincial de Salud, Patronato Municipal, Fundación Ayuda en Acción, Universidades, entre otros.

Una de las innovaciones dentro del modelo es la participación directa de los prestadores tradicionales de salud, con el propósito de articular a las diversas prácticas de salud de los pueblos indígenas. Para el cumplimiento de este objetivo se trabaja conjuntamente con el Jambi Mascaric que es la organización encargada del rescate y preservación de las prácticas medicinales tradicionales de la UNORCAC y que tiene como tarea principal el desarrollo de una propuesta de articulación entre la medicina tradicional y la medicina occidental dentro del sistema descentralizado de salud.

La propuesta de Cotacachi con respecto al sistema de descentralización de la salud, contempla un vínculo y rescate de la medicina tradicional con la medicina occidental en una combinación que busca mejorar la atención al paciente en cuanto a prácticas de salud, servicio y cobertura.¹⁰

Las prácticas y saberes de la medicina tradicional están ligados estrechamente a elementos culturales y, en ese aspecto, Cotacachi cuenta con una población grande de grupos indígenas (grupo quichua Cotacachi-Otavallo e Imanteños), razón por la cual

¹⁰ Entrevista realizada a la Dra. Luz Marina Vega, Presidenta del Patronato Municipal de Cotacachi y Miembro del Comité Intersectorial de Salud. Julio, 2003.

es importante la incidencia que tiene a nivel local la medicina tradicional. “Esta demanda, que para algunos ha sido una forma de resistencia, cobra mayor sentido por el hecho de que los servicios y cobertura de salud proporcionados por el Estado han sido limitados y, en algunos casos, nulos. La deficiencia de la atención estatal se ha reflejado en la falta de políticas públicas para las nacionalidades, situación que se ha visto agravada por el desconocimiento y discriminación de la medicina indígena que ha sido considerada por muchos como “rezago del pasado” o “superstición”, lo que ha impedido –desde la oficialidad- la definición y el desarrollo de servicios de salud culturalmente aceptables” (Siise; 2003).

La medicina tradicional en Cotacachi está muy ligada a la atención materno infantil, de acuerdo a una investigación realizada por el CEPAR sobre la situación de la salud en Cotacachi en el año 98, pues de los 341 partos esperados, el 30.3% fueron atendidos por parteras. (Plan Cantonal de Salud;2002: 73), por esta razón y la alta incidencia y espacio de cobertura de la medicina tradicional en la población, se apoyó el reconocimiento de la medicina tradicional dentro del sistema de salud local.

La propuesta del Comité Intersectorial de Salud contó con las siguientes estrategias programas y proyectos diseñados desde sus propios miembros:

Estrategia1 : Fomento de estilos de vida y entornos saludables

Programas:

- Políticas Saludables
- Espacios saludables y promoción de la equidad en el saneamiento básico: escuelas comunidades y barrios.
- Hábitos saludables familiares y colectivos.
- Acción comunitaria para la salud.
- Seguridad alimentaria.

Estrategia 2: Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y atención primaria.

Programas:

- Seguridad familiar y ciudadana.
- Fortalecimiento de la medicina tradicional andina.

- Mejoramiento del acceso de los servicios de salud públicos.
- Desarrollo institucional en servicios de salud.

Estrategia 3: fortalecimiento del Área de Salud N° 3.

Programas:

- Descentralización del Área de Salud No. 3

Estrategias de Apoyo:

Programas:

- Desarrollo de sistemas de apoyo a la gerencia del CIS y de los servicios de salud.
- Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.
- Formación, capacitación y educación permanente a recursos humanos.
- Investigación en salud: diseño y ejecución.
- Difundir líneas de acción.
- Monitoreo y evaluación de programas y proyectos.
- Construcción de sostenibilidad técnica, política y financiera.

Las acciones del Comité Intersectorial de Salud se llevan a cabo para mejorar el nivel de salud y elevar la calidad de vida de la población local, trabaja en áreas técnicas, administrativas y ejecutivas de este sector para consolidar el sistema descentralizado de provisión de servicios de salud. El Comité Intersectorial de Salud está conformada por 4 comisiones:

- Comisión de Red de Servicios de Salud y Medicamentos.
- Comisión de Medicina Tradicional.
- Comisión de Promoción de la Salud.
- Comisión de Investigación.

Como se dijo anteriormente en este capítulo, al ser el Estado quien tomaba las decisiones generales sobre la política social y específicamente las políticas de salud a nivel nacional, se dejaban las características particulares y necesidades específicas de los pobladores de lado, por esta situación se organiza la población en el Comité Intersectorial de Salud (CIS), para buscar desde sus propios actores las respuestas a sus requerimientos.

Con el trabajo realizado desde este espacio de participación ciudadana se ha logrado descentralizar la salud en Cotacachi (ver Anexo # 1), se manejan proyectos donde se involucra la comunidad (ver Anexo # 2), se controla el presupuesto municipal para varias actividades a nivel cantonal; adicionalmente, la ciudadanía está organizada y se toman decisiones conjuntas entre autoridades y sociedad civil por tanto se trata de una participación activa que supera los límites de la consulta como suele suceder con los proyectos que tienen características participativas.