

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ECUADOR
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS POLÍTICOS
CONVOCATORIA 2012-2014**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS
POLÍTICAS**

***¿UN CASO DE GOBIERNO CON PODER DE DECISIÓN?:
LOS COMITÉS DE USUARIAS DEL PROGRAMA DE MATERNIDAD
GRATUITA EN EL ECUADOR (1994-2012)***

WENDY ELIZABETH MOLINA TORRES

OCTUBRE 2015

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ECUADOR
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS POLÍTICOS
CONVOCATORIA 2012-2014**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS
POLÍTICAS**

***¿UN CASO DE GOBIERNO CON PODER DE DECISIÓN?:
LOS COMITÉS DE USUARIAS DEL PROGRAMA DE MATERNIDAD
GRATUITA EN EL ECUADOR (1994-2012)***

WENDY ELIZABETH MOLINA TORRES

**ASESOR DE TESIS: FRANKLIN RAMÍREZ GALLEGOS
LECTORES/AS: BETTY ESPINOZA QUINTANA
NINFA LEÓN JIMÉNEZ**

OCTUBRE 2015

DEDICATORIA

A Julián Emilio por el poco tiempo que pudimos jugar y estar juntos. A ti que eres quien me hace ser mejor persona y profesional.

Gracias por tu cariño mi pequeño.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por su incondicional apoyo, tanto al inicio como al final de la maestría; por estar pendiente de mí en cada etapa de mi vida, y por ayudarme a cumplir un reto más. Gracias a ustedes por estar conmigo en mis locuras, en mis errores y en mis aciertos.

A mis hermanas, sobrinos y sobrinas, por las veces que se quedaron con Julián ayudándome a cuidar las tardes. Por compartir su tiempo y cariño con mi pequeño. Al Toño por la vez que les llevo a comer hamburguesas y les compro juguetes hasta esperar que termine mis clases.

A mi compañero de vida, amigo y esposo, por haberse encargado de Julián y entender aquellos momentos que no pudimos estar juntos. Gracias a ti mi cariño por tu amor y comprensión, porque sé que siempre contaré contigo.

A Franklin Ramírez, quien con sus consejos, experiencia, tiempo y paciencia ha sabido guiarme en la elaboración del presente trabajo.

A mis amigos y amigas, sin excluir alguno, pero en especial al Wladi, a la Naty y a la Ale, por sus consejos y apoyo.

A mis entrevistadas y demás personas que me han ayudado con sus experiencias y vivencias del tema de estudio.

ÍNDICE

Contenido	Páginas
INDICE DE CUADROS	7
ÍNDICE DE GRÁFICOS	8
INTRODUCCIÓN.....	9
RESUMEN.....	25
CAPÍTULO I.....	26
CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICO-POLÍTICO DE LOS COMITÉS DE USUARIAS DEL PROGRAMA DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA EN EL ECUADOR	26
1.1 Factores que influyeron en el desarrollo de la Ley de Maternidad Gratuita a nivel nacional.....	26
1.2 El Proceso de institucionalización de Comités de usuarias a nivel nacional... 31	
1.2.1 El inicio de la Ley de Maternidad Gratuita	32
1.2.2 La gran reforma a la Ley de Maternidad Gratuita y el surgimiento de los Comités de usuarias.....	37
1.2.3 El funcionamiento operativo de la LMGAI y de los Comités de usuarias a nivel nacional.....	51
CAPÍTULO II.....	58
¿QUÉ TPO DE MECANISMO PARTICIPATIVO SON LOS COMITÉS DE USUARIAS?	58
2.1 Innovación participativa	58
2.2 Características generales del Comité de usuarias	61
2.2.1 ¿Quién participa? Selección de participantes y reclutamiento.....	62
2.2.2 ¿Cuándo? Frecuencia de las reuniones.....	66
2.2.3 Formal e informal.....	69
2.2.4 Información asequible	70

2.2.5	Tipo de participación.....	72
2.2.6	Conclusiones	73
CAPÍTULO III		75
FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE USUARIAS DEL COMITÉ DEL PUEBLO (CP).....		75
3.1	Caracterización de la parroquia Comité del Pueblo.....	76
3.2	Proceso participativo del Comité de Usuarias del Comité del Pueblo.....	78
3.2.1	El origen de la promoción sanitaria participativa del Comité del Pueblo....	79
3.2.2	La puesta en marcha de las instituciones locales participativas en la parroquia del Comité del Pueblo.	83
3.2.3	La creación de las capacidades locales participativas	85
3.3	Comité de Usuarias del Comité del Pueblo a la luz del Gobierno Participativo con Poder de Decisión.	92
3.3.1	Concentración en problemas específicos y tangibles. (Orientación práctica) 93	
3.3.2	Participación desde la base.....	98
3.3.3	Generación de discusiones deliberativas.....	100
3.3.4	Poder de contrapeso en el gobierno participativo con poder de decisión ..	102
3.4	Conclusiones	104
CAPÍTULO IV		107
CONCLUSIONES.....		107
GLOSARIO.....		116
BIBLIOGRAFIA		117

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Actores de la LMGAI (1998)	46
Cuadro 2: Modelo de Gestión de los recursos de la LMGAI	52
Cuadro 3: Comités de usuarias en proceso de conformación, creación y funcionando a nivel nacional, periodo 2003 - 2004	56
Cuadro 4: Comités de Salud vs. Comités de usuarias en el Comité del Pueblo	84
Cuadro 5: Tipología del Comité de Usuarias del Comité del Pueblo.....	104

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Mujeres cubiertas por la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, periodo 2002 – 2005	53
Gráfico 2: Niños y niñas cubiertos por la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, periodo 2002 – 2005	54
Gráfico 3: Comités de Usuarias registradas en el CONAMU a nivel nacional.....	64
Gráfico 4: Miembros que forman parte de Comités de Usuarias a nivel nacional	66
Gráfico 5: Frecuencia de reuniones de los Comités de usuarias	68
Gráfico 6: Relación entre el CUS y la Unidad Operativa de Salud.....	72
Gráfico 7: Mapa de la parroquia Comité del Pueblo	77

INTRODUCCIÓN

El siglo XXI es el escenario propicio para analizar la expansión de múltiples dispositivos participativos que se han dado lugar en diferentes países de la región y el mundo (Brasil, Bolivia, Uruguay, Nicaragua, Guatemala, Perú, Venezuela, EEUU, India, etc.) como formas innovadoras de democracia participativa que han fortalecido las democracias tradicionales existentes—representativas— abriendo espacios para la participación de la base social como efectivos conocedores de sus problemas.

Si bien es cierto, el surgimiento de estas prácticas participativas empezó en los años ochenta con los bien conocidos Presupuestos Participativos de Porto Alegre (Brasil), hoy en día, las experiencias han avanzado más allá de incluir la participación ciudadana en los gobiernos locales como prácticas para mejorar la efectividad de la gestión de los mismos. El libro de Fung y Olin, analiza estas nuevas formas de involucramiento de la sociedad en distintos espacios, tal es el caso de la participación en temas: ecológicos, educativos, ambientales, entre otros. Lo interesante de esto, radica en que se ha extendido la oferta participativa a otros ámbitos con menos tintes e impactos políticos, pero con más importancia para las localidades y comunidades.

Dentro de este conjunto de innovaciones participativas, esta tesis pretende sumar al debate académico desde un ámbito poco abordado. Tal es el caso de la puesta en marcha de mecanismos de participación implementados en el Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano. Es así, que la pesquisa analiza detenidamente la creación y surgimiento de Comités de usuarias de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Al igual que Fung y Olin estamos seguros que este caso particular de estudio puede ser considerado un caso de Gobierno Participativo con Poder de Decisión.

El punto de partida de esta tesis es en los años noventa al configurarse procesos de reorganización de la vida política y social producto de la puesta en marcha de políticas de modernización de corte neoliberal. Estas políticas promovieron reformas que tuvieron que ver con liberalización de mercados, apertura del comercio exterior y facilidades para el ingreso del capital internacional, así como también, con la reducción del gasto fiscal, eliminación de subsidios estatales y privatización de empresas y servicios públicos de carácter social, todo esto respondiendo a lo impuesto por el Consenso de Washington (Lechner, 1994:132). En este marco, se encaminaron procesos

de modernización del sector salud a través de políticas que enfatizaron en el aumento de cobertura y reorientación de la asignación de recursos mediante una serie de programas y proyectos públicos sanitarios que amparan el derecho a la salud, la participación ciudadana y el control social, el aseguramiento universal, la descentralización y el financiamiento público, entre otros. (Infante et al., 2000: 15).

Según la Organización Panamericana de la Salud (2002), el periodo neoliberal cambia las lógicas internas de estructuración de los Estados en dos dimensiones. La primera, centrada en reformas de modernización estatal tanto en lo económico, social y político lo que implicó liberalización comercial, desregulación del mercado financiero, reformas tributarias, privatizaciones, etc. (Ramírez, 2012: 55). La segunda, relacionada con el aumento de la participación social producto del fortalecimiento del régimen democrático (Organización Panamericana de Salud, 2002: 1), lo cual estuvo ligado a la actividad de aquellos movimientos sociales que se venían articulando y salieron a la luz desde inicios de los años 90, como por ejemplo, el caso de los movimientos indígenas y de mujeres, entre otros.

En este contexto, en el Ecuador se promulgó por primera vez, en el año 1994, la Ley de Maternidad Gratuita (con sus siglas LMG) con la finalidad de ampliar derechos de salud a mujeres y niños/as menores de cinco años mediante la cobertura de un paquete de prestaciones financiadas por diversas fuentes: públicas y privadas. Es necesario mencionar que esta ley fue financiada en su gran mayoría por recursos del Presupuesto General del Estado. Entre los recursos *públicos* se incluyen: el 3% de las tarifas del impuesto a los consumos especiales, “de los rendimientos del Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Humano de la Población Ecuatoriana creado mediante ley, publicada en el Registro Oficial N° 661, de marzo de 1995 (LMG,1994). Los recursos asignados al “Ministerio de Salud Pública por la Ley de Creación del Fondo Nacional para la Nutrición y Protección a la población infantil ecuatoriana” (LMG, 1994) (con sus siglas FONNIN), y los “recursos que el INNFA destine a programas de reducción de mortalidad materna e infantil y/o salud reproductiva” (LMG, 1994). A su vez, los recursos que los gobiernos locales destinen para programas locales. Y *Privadas*, a través de “recursos financieros de la cooperación internacional y, los contratados a través de créditos externos para el sector salud, priorizarán la inversión en áreas relacionadas directa e indirectamente a la aplicación de esta Ley” (LMG, 1994).

En 1998 se reforma la LMG del noventa y cuatro y, se incorpora por primera vez en el Sistema Nacional de Salud procesos de democratización mediante la ampliación de la participación ciudadana y control social como mecanismos de fortalecimiento del sistema público sanitario. Posterior a esto, la reforma es legalizada y normada por la Constitución de 1998. Tanto la LMGAI como la Carta Magna (1998) establecieron la creación de espacios públicos para la participación ciudadana mediante la creación de Comités de usuarias, los cuales tenían como funciones principales controlar y vigilar que todas las unidades públicas del MSP cumplan en la práctica lo estipulado en la LMGAI, logrando con esto, que las instituciones públicas sanitarias sean más efectivas, democráticas y transparentes.

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI) forma parte de los procesos de modernización y democratización llevados a cabo en los años 90 en lo relacionado con: 1) focalización de proyectos sanitarios hacia segmentos poblacionales vulnerables, como son mujeres y niños/as menores de cinco años; 2) préstamos financiados por créditos externos y cooperación internacional; y, 3) apertura de espacios de participación ciudadana promovidos desde los mismos prestatarios internacionales. En este contexto político de constantes reformas estatales, se inscribe la LMGAI acoplando el discurso democratizar al sistema nacional de salud, y abriendo espacios participativos para que la ciudadanía, en este caso mujeres e infantes menores de cinco años, obtengan no solo mejoras en la provisión de servicios materno - infantil, sino que sean actores principales y veedoras de la gestión pública sanitaria a nivel nacional en lo referente a la LMGAI.

Como consecuencia de lo anterior se desprende que la LMGAI pretendió democratizar los servicios de salud al promover nuevos derechos ciudadanos en el marco de un proceso general de modernización neoliberal y retraimiento del Estado. Estos derechos son: la ampliación del acceso a la salud, el derecho a la participación ciudadana y control social, la extensión de coberturas y prestaciones de salud a grupos vulnerables como mujeres y niños/as menores de cinco años, etc., que se dieron en este periodo.

En este contexto, la tesis tiene como propósito general estudiar el funcionamiento de los mecanismos participativos introducidos por la LMGAI a partir de 1998, es decir, los Comités de usuarias, en el marco de las reformas del sector salud.

Particularmente, se pretende analizar si efectivamente estos espacios participativos otorgaron poder de decisión y control a la ciudadanía logrando democratizar el sistema de salud ecuatoriano. Todos estos procesos participativos en medio de propuestas de modernización neoliberal de los años 90 referidas a: privatización de servicios de salud, programas y proyectos focalizados sostenidos económicamente por el BM, conocidos como “asistencia social minimalista en países demasiado pobres y administrativamente débiles como para introducir programas de bienestar social integrales” y, “manejo social del riesgo” (Organización Panamericana de la Salud, 2008: 19).

La participación ciudadana a debate

La participación ciudadana, es un concepto que engloba múltiples concepciones diferentes. Varios han sido los estudiosos que han centrado su interés en investigar experiencias de participación ciudadana en el nivel local, nacional y regional. De cualquier manera, hablar de participación ciudadana alude a todas aquellas formas de participación en las cuales los actores principales son los ciudadanos como conocedores de sus necesidades. Sin olvidar también, que pensar en participación ciudadana exige analizar los tipos de participación y mecanismos participativos que permiten en mayor o en menor medida que la ciudadanía participe en la esfera pública.

La literatura entiende que hay diversos tipos de prácticas y mecanismos participativos en la esfera pública. Arnstein (1969) propuso una escala de participación que abarca mecanismos: informativos, comunicativos, consultivos, deliberativos y de decisión. (Parés, 2009: 15-1). Cecilia Schneider y Yanina Welp consideran que existen mecanismos participativos de tipo: pasivos, consultivos y deliberativos (Schneider y Welp, 2011: 23). Marc Parés utiliza solamente los tres últimos tipos propuestos por Arnstein – consultivos, deliberativos y de decisión- argumentando que los dos primeros –informativos y comunicativos- generan relaciones unidireccionales entre la Administración y los ciudadanos, y que la intención de abrir espacios participativos es establecer relaciones cara a cara –bidireccional- entre los diversos actores que participan.

Para Ernesto Isunza Vera, los mecanismos participativos provienen de diversas instituciones que funcionan como interfaces para la rendición de cuentas social y transversal (Isunza, 2006: 265-9). Finalmente, Asier Blas y Pedro Ibarra las clasifican

en: informativas, consultivas, de codecisión, decisivas y de cogestión (Blas e Ibarra, 2006: 18). El impulso de todas estas prácticas y mecanismos participativos permiten ubicar distintos grados de intensidad y de empoderamiento de los ciudadanos en los mismos.

Por otra parte, la promoción de instituciones participativas provenientes desde arriba (top down) o desde abajo (bottom up) influyen en el proceso en términos de autonomía, sujetos participantes o capacidad de decisión (Schneider y Welp, 2011: 22), en las características del diseño participativo (Goldfrank, 2006: 1), en el escenario que se busca resolver –temas sectoriales, globales y territoriales- (Blas e Ibarra, 2006: 17-18), o en el origen o procesos de activación –altamente institucionalizados o también conocidos como política institucionalizada, convocados por la ciudadanía o por la voluntad política.

De aquí que los procesos participativos tengan como finalidad crear espacios transformadores en lo social, en lo político, en lo personal o bien en los tres aspectos. (Blas e Ibarra, 2006: 5). En el caso del Ecuador, la LMGAI introdujo un dispositivo participativo que son los Comités de usuarias (CUS) encargados de fomentar la corresponsabilidad ciudadana en la promoción de la salud materno-infantil, y en el seguimiento y vigilancia en la aplicación de la ley (LMG, 1998). Los CUS poseen ciertas características que los hacen interesantes de estudiar, se trata de mecanismos que son: A) *democráticos* al involucrar a los ciudadanos comunes y corrientes en la toma de decisiones públicas sanitarias; B) *innovadores*, pues rompen con lógicas tradicionales de gestión del MSP, que según la normativa anterior debía ser el ente rector en materia de salud pública quien controle, de seguimiento y evalúe a sus unidades operativas. En este sentido, era el ministerio juez y parte del proceso de control y seguimiento, y, C) *ambiciosos* ya que construyen un sistema de base social, es decir con la participación individual de los actores sociales.

Tanto el origen como el alcance del diseño participativo de los CUS pueden ser caracterizados por algunos factores: 1) nacen por una política altamente institucionalizada y regulada por normas nacionales como la LMGAI (publicada en el registro oficial No. 381 de 1998), lo que los posesiona como instituciones de participación ciudadana formales; 2) son espacios promovidos por el Estado (top down), es decir por una entidad gubernamental: es el Consejo Nacional de Mujeres

(CONAMU) quien los incorpora al sistema nacional público de salud; y 3) su finalidad puede ser vista en relación a tres ejes:

1) Intermediación de demandas sociales: el Reglamento a la LMGAI establece como actividades a cumplir por los CUS las siguientes:

- Canalizar las demandas de salud de la población, a través de Comités de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud (RLMGAI, 2002: artículo 11).
- Denunciar ante el Comité de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud, casos de maltrato, negligencia, discriminación, uso indebido de los fondos asignados, cobros indebidos, o cualquier otra acción u omisión que implique el incumplimiento de la ley que se reglamenta. (RLMGAI, 2002: artículo 12).

En este sentido, las agrupaciones de mujeres estaban facultadas para interactuar simultáneamente con las y los habitantes del barrio, y con funcionarios públicos que trabajaban en los Municipios y Unidades Operativas del Ministerio de Salud Pública. Estos comités son por tanto, espacios operativos locales que receptan aquellas demandas provenientes desde la base, a decir, de la propia ciudadanía en caso de presentarse inconformidad en la gestión desarrollada por el servicio público de salud.

2) Mejorar la eficacia del sistema público sanitario: este eje permite analizar cómo la ciudadanía se incorpora en la toma de decisiones con respecto a protección materno – infantil. Según la ley éstos deberán:

Elaborar un informe trimestral sobre la calidad de atención de los servicios de salud que será presentado ante el CGFSL, para canalizar las demandas y los incentivos a las unidades ejecutoras; y notificar a las unidades operativas casos de muerte materna e infantil que se presenten en su comunidad. (RLMGAI, 2002: artículo 11, literal f y g).

Parte del mejoramiento del sistema público sanitario referente a prestaciones y atención materno- infantil por parte de los gestores de salud, estuvo a cargo de la ciudadanía quienes eran los responsables de vigilar, controlar y evaluar la calidad de la atención de los mencionados servicios. En este aspecto, los CUS cumplieron dos roles importantes.

El primero, como intermediarios de demandas sociales (punto visto anteriormente), y el segundo, participando como funcionarios “técnico-sociales” dentro de las unidades operativas públicas de salud para evaluar su gestión sanitaria, únicamente en salud materno-infantil.

- 3) Promoción del control social: las usuarias deben “participar en la evaluación local de actividades, conjuntamente con las unidades operativas” (RLMGAI: artículo 11, literal c).

Este tercer eje, se corresponde con los dos anteriores, en la medida en que los CUS no sólo receptan quejas desde la base –mujeres-, o elaboran un informe de la calidad de atención, sino también que vigilan la calidad de la prestación de servicios desde la percepción de las usuarias como beneficiarias directas del servicio de salud, y desde estas percepciones denuncian muertes maternas e irregularidad en el cumplimiento de la ley. Este rol de vigilancia y control social permite entenderlos como “especialistas técnico – sociales” ya que al “participar en la evaluación local de actividades, conjuntamente con las unidades operativas” (RLMGAI, 2002) adquieren cierto conocimiento técnico-científico sobre salud, salud sexual y reproductiva, y salud materno-infantil. Esto es importante, ya que permean nuevos imaginarios sociales sobre la participación ciudadana, y el rol de las mujeres en las decisiones sobre sus derechos sexuales y reproductivos, así como también, de los derechos de niños menores de cinco años de edad.

El funcionamiento de los CUS puede ser considerado entonces, de partida, como un proceso abierto y voluntario a todas aquellas mujeres que deseen participar, cuenta por tanto, con una base de “tipo asociativa” ya que combinan personas, preferentemente mujeres del barrio (RLMGAI, artículo 10). El Consejo Nacional de Mujeres, es la entidad responsable de organizar la “conformación del CUS, para cuyo efecto llevará su registro, a fin de posibilitar su funcionamiento. Se establecerá un Comité de usuarias por cantón, que contará con representación de sus parroquias” (RLMGAI, artículo 10).

En cuanto a la conformación de CUS, el reglamento dispone que sus miembros deban ser elegidos democráticamente, y estarán conformados por un “mínimo de cinco y máximo de nueve miembros, preferentemente integrado por mujeres, en calidad de

beneficiarias del programa”. Se activarán de manera ordinaria cada mes y extraordinariamente de acuerdo al pedido de al menos dos de sus miembros (RLMGAI, artículo 12).

En suma, los CUS tienen dos ámbitos de acción a nivel local: 1) en las Áreas de Salud, Centros de Salud y/o Hospitales en el control, vigilancia y seguimiento a la unidad pública de salud para verificar que cumplan con lo estipulado en la LMGAI de 1998 y, 2) con la sociedad civil en su relación directa con usuarias y/o beneficiarias del Programa de Maternidad Gratuita que acuden a los servicios públicos de salud. Son además, dispositivos de participación ciudadana institucionalizados legalmente por registro oficial y ley, y funcionan como “interfaces de la rendición de cuentas”; es decir establece espacios de contacto entre la sociedad civil y el Estado. (Isunza, 2006: 265-9).

Con lo expuesto anteriormente es posible desagregar aún más la problemática de esta tesis con la siguiente interrogante: *¿Qué tipo de mecanismo participativo estableció la LMGAI del 98 en el Ecuador? Y, específicamente, ¿En qué medida fueron los CUS interfaces de control y rendición de cuentas con poder de decisión y capacidad de democratización de la gestión pública de los servicios de salud materno – infantil en el periodo 1994 – 2012?*

El periodo de estudio analizado comprende desde 1994 hasta el 2012 debido a dos razones principales. La primera, porque la Ley de Maternidad Gratuita es formalizada en 1994, después de constantes luchas sociales y disputas políticas al interior de la Asamblea Nacional, del Ministerio de Salud Pública, movimientos populares del sur y movimientos de mujeres. La segunda, corresponde al arranque y despliegue del dispositivo participativo considerado como caso de estudio: Comité de usuarias del Comité del Pueblo. Siendo precisamente en el 2009 cuando inicia a funcionar el dispositivo en el barrio, extendiendo su actuar de vigilancia y control social fuerte hasta el 2012. La selección de este caso de estudio se debe principalmente a que basándonos en la información proporcionada por algunos informantes claves el CUS del Comité del Pueblo permite comprender todo el proceso de creación, conformación y puesta en marcha de mecanismos de participación ciudadana promovidos desde la Administración pública.

Tras estas cuestiones se colocan dos objetivos secundarios de investigación:

- Analizar el funcionamiento interno de los CUS en el Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia desde 1994 hasta el 2012. Se trata de verificar si son: A) instancias innovadoras de la gestión pública sanitaria; B) mecanismos de base asociativa y; C) espacios democratizadores, deliberativos y con poder de decisión ciudadana.
- Estudiar si los CUS son interfaces socioestatales que no sólo manifiestan y debaten preocupaciones en el espacio público, sino también, son instancias para la rendición de cuentas y control social, es decir son comités que controlan y vigilan el manejo adecuado de los recursos económicos y la calidad de la atención sanitaria a nivel nacional.

Marco teórico y estado de la cuestión

El marco analítico que servirá de base teórica para el desarrollo de la propuesta investigativa alude a tres grandes ejes de acción de la democracia participativa. Primero, la innovación participativa democrática la cual analiza aquellas formas participativas que no forman parte de la democracia representativa, y que su puesta en marcha rediseña y moldea las instituciones tradicionales vigentes. Un ejemplo bastante conocido es el caso de los Presupuestos Participativos de Puerto Alegre. Segundo, se analizará los diseños y mecanismos de participación ciudadana con la finalidad de conocer aquellas características internas del objeto de estudio (Comité de usuarias del Comité del Pueblo) y definir *¿qué tipo de dispositivo participativo es?* Tercero, se retomarán los aportes de Fung y Olin en cuanto a democratización, toma de decisiones y control social. Para esto, se incorpora un término novedoso para los conocedores de la democracia participativa, y que les ha servido para realizar estudios exploratorios sobre experiencias participativas denominadas como Gobierno Participativo con Poder de Decisión.

Esta amplia batería de categorías analíticas, guardan correspondencia con los objetivos centrales del estudio en lo relacionado a verificar si los CUS son instancias innovadoras, democráticas, deliberativas, con poder de decisión ciudadana, de rendición de cuentas y control social. A su vez, en el análisis del funcionamiento interno, es decir, en el diseño y mecanismos participativos. Entre las categorías que nos permitirán entender el objeto de estudio tenemos:

1.) Innovación participativa democrática

Cuando se habla de innovación participativa democrática (IPD) se alude a los “nuevos dispositivos participativos” procedentes de estrategias renovadoras de la democracia representativa. “Se trata de un conjunto de dispositivos que van más allá del canon liberal que ha moldeado hasta hoy las instituciones de la democracia representativa en la región” (Ramírez y Welp, 2011: 14). Fung y Olin consideran que estas innovaciones institucionales participativas rediseñan las instituciones democráticas existentes incorporando a la gente común y ordinaria a deliberar sobre las decisiones públicas con la finalidad de que lo discutido se convierta en acciones (Fung y Olin, 2003: 22-1).

De igual manera, para Clelia Colombo (2006) la innovación participativa democrática no es más que el paso del sistema representativo tradicional hacia la democracia representativa con fuerte participación ciudadana, la cual promueve relaciones verticales con multiplicidad de actores que participan directamente en la toma de decisiones públicas mejorando la eficacia y eficiencia de la provisión de servicios e instituciones políticas (Colombo, 2006: 37-38). Un ejemplo, de este tipo de instituciones de innovación participativa democrática pueden ser los presupuestos participativos (PP), implantados en un inicio en Porto Alegre-Brasil y posteriormente en ciudades como Buenos Aires-Argentina, Caracas-Venezuela, Montevideo-Uruguay y otras a nivel mundial. Los presupuestos participativos abren procesos de decisión a los ciudadanos que van más allá de las elecciones.

Según Blas e Ibarra, el Presupuesto Participativo de Porto Alegre, como un caso interesante de análisis posee tres elementos innovadores: 1) las decisiones adoptadas han sido vinculantes (gracias al compromiso del Ayuntamiento), 2) el ámbito de trabajo son los presupuesto en su integridad y, 3) todo el proceso está dirigido por una perspectiva transformadora que buscaba favorecer a los débiles de la sociedad impulsando políticas socialistas de redistribución (Blas e Ibarra, 2006: 13).

En sí, estos nuevos procesos de innovación participativa democrática desarrollan vínculos más estrechos entre el Estado y las personas comunes y corrientes mediante la ampliación de esferas participativas locales y más cercanas a la población, transformando la vida social, política y económica.

2.) Diseños y mecanismos de participación ciudadana

Los estudios sobre democracia participativa parecen funcionar como un punto de encuentro que conjuga el análisis de los diseños institucionales y los actores involucrados, con el análisis de sus potencialidades (y limitaciones) para el cambio político, la ampliación del espacio público y el fortalecimiento de la democracia y la sociedad (Ramírez y Welp, 2011: 18).

Para Goldfrank el diseño participativo moldea y/o condiciona positiva o negativamente el tipo de participación, estableciendo una serie de características internas: si es formal o informal, deliberativo, con supervisión centralizada y con reglas e información asequibles para los ciudadanos (Goldfrank, 2006: 8). A su vez, estos diseños participativos pueden ser institucionales o autónomos. Los institucionales a diferencia de los autónomos son impulsados desde las propias instancias gubernamentales y el autónomo es aquel en donde la ciudadanía irrumpe los espacios públicos (Villareal, 2004: 32-33). Comprender los diseños institucionales permite observar la variedad de mecanismos, su formalización, los actores involucrados y el alcance de la participación ciudadana (Ramírez y Welp, 2011: 16).

Los mecanismos de participación ciudadana establecen el tipo de participación que esboza cada mecanismo. Estos podrán ser: abiertos y voluntarios, con exigencia de registro, electos por otros ciudadanos o nombrados por el gobierno (Schneider y Welp, 2011:23). Existe una serie de mecanismos de participación ciudadana, unos pueden ser convencionales como por ejemplo, la participación en las elecciones democráticas y, otros no convencionales, tal es el caso de los presupuestos participativos.

Tanto los diseños, comprendiendo a estos como aquellas características internas que hace a los dispositivos participativos únicos e interesantes de analizar, los mecanismos de participación ciudadana a diferencia de los anteriores permiten establecer el tipo de participación en el cual se inserta cierto dispositivo en el espacio político e institucional. Es por esto, que tanto los diseños participativos como los mecanismos de participación ciudadana impulsan o restringen la participación de los ciudadanos en la esfera pública de diversas maneras: sustentados legalmente y con mayor institucionalidad o más informales o autónomos; de base individual, colectiva y mixta; con participación territorial o sectorial, etc. (Blas e Ibarra, 2006: 17).

3.) Democratización, toma de decisiones y control social.

La incorporación de espacios públicos mediante la incorporación de prácticas participativas profundiza la democracia. Ello supone, que los dispositivos participativos pueden “redirigir recursos públicos hacia barrios más pobres (Marquetti, 2002), extender la prestación de servicios (Sousa Santos, 1998), democratizar las organizaciones civiles existentes e incentivar la creación de nuevas (Abers, 2000; Baiocchi, 2001), incrementar la transparencia y el accountability (Wampler, 2004), reducir el clientelismo (Abers, 2000), aumentar la representación democrática de los tradicionalmente excluidos (Nylen, 2003) y expandir servicios públicos hacia sectores hasta entonces excluidos” (Goldfrank, 2006: 6).

Fung y Olin incorporan un término innovador en el estudio de participación ciudadana denominado “gobierno participativo con poder de decisión” (GPPD). El GPPD supone un tipo de gobierno participativo que busca incrementar la capacidad de respuesta, el grado de democratización y la efectividad del Estado a través de mecanismos de participación ciudadana más justos, participativos, deliberativos y responsables.

La intención es fomentar la responsabilidad de los ciudadanos y movimientos comunitarios en la toma de decisiones de asuntos públicos. Los GPPD impulsan valores de participación como deliberación y poder de decisión, así como también, prudencia y factibilidad de soluciones. Son, por tanto, reformas participativas que descansan en el compromiso y capacidad de la gente común para la toma de decisiones inteligentes con la finalidad de establecer deliberaciones razonables, aspiran no solo a la discusión sino también a la acción. (Fung y Olin, 2003: 22).

Sus características esenciales son: buena parte del poder de decisión descansa en la sociedad sea a nivel individual o colectivo; los residentes o habitantes participan directamente en la elaboración de políticas públicas; establecen canales democráticos – directos y representativos-; incorporan a sectores excluidos o minoritarios (Fung y Olin, 2003: 23).

La participación ciudadana, según Ernesto Isunza Vera, fortalece a la democracia de cuatro formas diferentes: 1) la eficacia de las políticas públicas se beneficia con la participación de los ciudadanos como directos concernidos y buenos conocedores de la realidad; 2) gracias a la transparencia de lo “público” se generan

buenas prácticas y mecanismos disuasorios contra la corrupción y otras formas de negación del estado de derecho; 3) el control de los servidores públicos por parte de la ciudadanía es una consecuencia legítima del sistema democrático, ya que las elecciones son apenas un episodio de la relación permanente entre mandantes-mandatarios; y 4) la institucionalización de mecanismos de participación ciudadana, sean éstos consultivos o decisorios, complementan el sistema representativo que sufre un crónico déficit de legitimidad (Isunza, 2006: 266-267).

Finalmente, retomando los aportes de Fung – Olin e Isunza podemos mencionar que la importancia de estudiar a los Comités de Usuarías radica en saber si pueden ser catalogadas como interfaces socioestatales con poder de decisión que establecieron espacios participativos más justos, deliberativos con múltiples actores sociales que se responsabilizaron de estimular acciones en bien de mejorar la salud materno – infantil en el Ecuador.

Para el desarrollo del marco teórico se deja de lado la amplia literatura expuesta por María Therese Gutafsson, y demás autores que analizan la participación ciudadana como instrumento de cooptación a la sociedad civil, la cual se encuentra envuelta en estructuras clientelares de poder con poca influencia y poder de decisión sobre los procesos participativos en la gestión de los servicios públicos de salud. Se excluye esta bibliografía precisamente, a que el caso de estudio, Comité de usuarias del Comité del Pueblo no será abordado desde este campo teórico.

Estrategia de investigación

La estrategia de investigación propuesta para el desarrollo de esta tesis consta de tres aspectos analíticos que permiten entender el contexto del proceso participativo de los Comités de usuarias del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. A continuación se indica a modo de resumen tales aspectos.

El capítulo primero, hace un recorrido histórico político, institucional y social de la década de los 90 hasta el 2002 analizando el origen, la formalización e institucionalización de la Ley de Maternidad Gratuita desde sus inicios en el 94. Además, este capítulo indaga el desarrollo de los Comités de usuarias como espacios de participación ciudadana e involucramiento de las mujeres a los servicios públicos de salud.

Para cumplir con este propósito se revisó leyes, reglamentos, manuales, actas de reuniones, y demás instrumentos legales e institucionales promulgados por la Asamblea Nacional, el Ministerio de Salud Pública, el Consejo Nacional de Mujeres, entre otras fuentes. Uno de estos documentos es la Ley No. 129, publicada en el Registro Oficial No. 381 de 10 de agosto de 1998. Se efectuaron también, entrevistas a diversas actrices sociales que participaron en el proceso de implementación, desarrollo y puesta en marcha de la Ley de Maternidad Gratuita y del Comité de usuarias del Comité del Pueblo. Tal es el caso, de Ximena Abarca, Ninfa León, Fabricia Soto y Pilar Portilla, a quienes se les entrevistó en el primer semestre de 2014. Las dos primeras mujeres son importantes ya que participaron en el proceso de implementación y desarrollo de la LMGAI en 1998. Además conocían sobre los acontecimientos y sucesos antes de la gran reforma a la LMGAI. Las dos últimas mujeres en cambio, Soto y Portilla, porque son las promotoras de la creación y formación del CUS del Comité del Pueblo a partir del 2009 y los años subsiguientes.

Un segundo aspecto analítico que contribuye a entender a profundidad este novedoso dispositivo participativo centra su atención en las características propias del diseño participativo del objeto de estudio Comité de usuarias. Para tal propósito se utilizó el estudio realizado por Sarah Dobra (2008) denominado “Perfil de los Comités de Usuarias/os y sus Experiencias en Veeduría de la Ley de Maternidad Gratuita”. Además de la información documental y entrevistas recopiladas para el capítulo primero.

Considerando que el abordaje del diseño participativo según algunos académicos es importante de analizar (Benjamín Goldfrank) para conocer aquellos factores que afectan o favorecen de manera positiva o negativa el funcionamiento de los procesos participativos, esta tesis propone estudiar también un caso de estudio particular asumiendo que el estudio de los diseños no permite por sí solo dar cuenta del funcionamiento interno de todos los Comités de usuarias creados a nivel nacional. Entones, esta tesis centra su atención en el funcionamiento del Comité de usuarias conformado alrededor de la parroquia del Comité del Pueblo debido a que representa, según algunas entrevistadas (Ninfa León y Ximena Abarca) un caso “exitoso” en Pichincha con mayor participación y empoderamiento de las mujeres de la localidad, en la gestión pública sanitaria. Se suma también, el hecho de ser una investigación sin

financiamiento lo que limita el poder trasladarse a otras ciudades y contar con facilidad de acceso a informantes claves y material bibliográfico.

El análisis de este comité permitirá validar los objetivos secundarios planteados en esta investigación, con la finalidad de verificar si son espacios abiertos desde arriba (desde el Estado – Administración Pública Sanitaria), y si pueden ser considerados interfaces socio-estatales, que asignaron poder de decisión y participación a las mujeres como beneficiarias del Programa de Maternidad Gratuita.

La estrategia de investigación combina por tanto, contexto político, diseño institucional, y un caso específico de estudio, es decir, va desde lo político, a lo institucional, y aterriza en lo social lo cual supone interactuar con diversos actores: sociales, políticos e institucionales.

La tesis está estructurada en cuatro grandes capítulos, los cuales se corresponden con los niveles analíticos antes mencionados. En el primer capítulo se sitúa el contexto socio-político e institucional en el cual nace la Ley de Maternidad Gratuita a inicios de la década de los 90 como una política pública focalizada y segmentada para una grupo específico de la población, a decir, mujeres pobres. Todo esto dentro del marco de modernización del Estado, políticas de ajuste estructural, y reformas del Sector Salud. El capítulo aborda también, la reforma a la LMG (1994), la cual dio paso a la LMGAI en 1998, y con esta la institucionalización de mecanismos de participación ciudadana enfocados específicamente a resguardar derechos de mujeres y niños/as menores de cinco años de edad a nivel local (cantonal).

En el segundo capítulo, se analizará qué tipo de mecanismo participativo fueron los Comités de usuarias del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, institucionalizados a partir de la reforma a la ley de 1998, mediante un análisis exhaustivo de las características del dispositivo. Para esto, se retoman aportes de algunos teóricos influyentes en la arena política y específicamente en participación ciudadana, presupuestos participativos, gobierno participativo con poder de decisión, etc.

En el tercer capítulo, se analizará el funcionamiento y accionar del Comité de usuarias conformado alrededor de la parroquia del Comité del Pueblo, con la finalidad de conocer a profundidad este dispositivo participativo que innovó la gestión pública sanitaria en el Área de Salud No. 9 al incorporar la participación de las mujeres

comunes y corrientes que habitaban en dicha parroquia como usuarias directas de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. El capítulo verifica también, si este caso de estudio (CUS del CD) puede ser considerado en el Ecuador, y más precisamente en el Sistema Nacional de Salud un ejemplo, de Gobierno Participativo con Poder de Decisión, para lo cual se retoma los principios expuestos por Fung y Olin (2003).

El cuarto capítulo está dedicado básicamente a la elaboración y redacción de las conclusiones finales, las cuales buscan responder a las preguntas centrales de este trabajo investigativo, y a los objetivos propuestos al inicio del documento.

RESUMEN

En el Ecuador la puesta en marcha de mecanismos directos de interacción entre ciudadana y Estado presenta, nuevas formas de democracia participativa que apuestan por la mejora de las instituciones públicas vigentes. Esta tesis examina un caso innovador de democracia participativa impulsado desde la Administración Pública Sanitaria –Ministerio de Salud Pública- con la finalidad de incorporar a las mujeres del barrio en la vigilancia y control de la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en todas las Unidades Operativas Públicas de Salud. La hipótesis general es que estos dispositivos participativos denominados Comités de usuarias pueden ser considerados –no todos- como un caso de Gobierno Participativo con Poder de Decisión por cuatro razones.

La primera por que se concentran en problemas específicos referidos a la salud sexual y reproductiva. Segundo, este tipo de comité genera la participación de las mujeres en calidad de beneficiarias del Programa de Maternidad Gratuita. La tercera, debido a que promueve discusiones directas con autoridades sanitarias locales, y finalmente por que este tipo de dispositivos ejercieron poder de contrapeso frente a las élites burocráticas sanitarias.

CAPÍTULO I

CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICO-POLÍTICO DE LOS COMITÉS DE USUARIAS DEL PROGRAMA DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA EN EL ECUADOR

El presente capítulo tiene como propósito analizar el contexto histórico – político que posibilitó el surgimiento de mecanismos de participación ciudadana en el Ecuador, precisamente en el Sistema Nacional de Salud. Tal es el caso de los Comités de usuarias del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia los cuales innovaron la gestión pública sanitaria a través de la participación de mujeres en la política sanitaria promoviendo nuevas formas de hacer política más democráticas y participativas.

El capítulo se estructura en dos grandes apartados los cuales pretenden contribuir a entender mejor el contexto de emergencia y desarrollo de la Ley de Maternidad Gratuita y de los Comités de usuarias. En un primer momento se analizará los factores históricos y políticos que influyeron en el desarrollo de la Ley de Maternidad Gratuita de 1994, destacando la participación de actores sociales, políticos e institucionales que de una u otra forma posibilitaron o no la creación y puesta en circulación dicha ley. En un segundo momento, se trata de identificar el proceso de institucionalización de Comités de usuarias a nivel nacional, y con eso comprender el origen y gestación de este dispositivo participativo, creado gracias a la gran reforma que se hizo a la LMG en 1998, y pensado a través de instituciones como el Consejo Nacional de Salud como un mecanismo de participación ciudadana que empodere a mujeres de barrio a controlar y vigilar que se cumpla lo estipulado en la LMGAI.

1.1 Factores que influyeron en el desarrollo de la Ley de Maternidad Gratuita a nivel nacional

En el Ecuador al igual que en la mayoría de países de América Latina la década de los 80 y 90 está marcada por el retorno a la democracia y el arranque de políticas de ajuste estructural (Ramírez, 2012: 52) impulsadas estas últimas por el Consenso de Washington dando paso a nuevas relaciones entre: globalización, economía capitalista de mercado y sociedad civil (Lechner, 1994: 132). Este cambio en las relaciones - estatales, sociales, internacionales y de mercado- conlleva a que en la mayoría de países

y particularmente en el nuestro, se reorganice el aparato institucional mediante la puesta en marcha de una serie de reformas políticas enfocadas a: liberalización de mercados, apertura del comercio exterior, facilidades para el ingreso del capital internacional, reducción del gasto fiscal, eliminación de subsidios estatales y privatización de empresas y servicios públicos de carácter social (Lechner, 1994:132).

En sí, la ideología neoliberal perseguía dos grandes objetivos. El primero, relacionado con la apertura de la economía nacional ecuatoriana a las decisiones del mercado internacional, como resultado de esto se produjo un cambio de patrón de desarrollo centrado en un inicio en fuerte presencia estatal a débil presencia del Estado en la elaboración de la agenda pública, lo cual implicó otorgar mayor poder de decisión a los agentes privados en la determinación de decisiones públicas (Ramírez, 2012: 52). Segundo, privilegiar el pago de la deuda externa generando desatender sectores sociales, como salud, educación y empleo expandiendo aún más la brecha entre ricos y pobres a nivel nacional.

En los años 90, se encaminaron también procesos de modernización del sector salud a través de reformas sanitarias promovidas por la Organización Panamericana de la Salud¹ y enfocadas al: aumento de cobertura en las prestaciones sanitarias mediante una serie de programas y/o proyectos, participación ciudadana y control social, aseguramiento universal, descentralización y financiamiento público, entre otros. (Infante et al., 2000: 15). Por ejemplo, la cobertura materno-infantil corresponde a lo dicho anteriormente con lo relacionado a: 1) aseguramiento universal a mujeres e infantes menores de cinco años de edad amparados por la Ley de Maternidad Gratuita, 2) participación ciudadana y control social mediante la incidencia de mujeres en Comités de usuarias como mecanismo para mejorar la gestión y calidad de servicios públicos de salud, y 3) la creación de la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia con sus siglas UELMGAI que se encargue de administrar el programa dentro del MSP.

¹ La Organización Panamericana de la Salud es considerada la agencia de salud pública internacional más antigua del mundo, fundada en 1902. Tiene entre sus distintas funciones, brindar cooperación técnica a todos los países a nivel mundial. La OPS es el organismo especializado en salud del Sistema Interamericano y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, estas dos son miembros del sistema de Naciones Unidas. Organización Panamericana de Salud: s/f).

El primer presidente en impulsar políticas de modernización del Estado fue León Febres Cordero (1984-1988) quien confesó abiertamente su apego al neoliberalismo “para el manejo de los problemas económicos, hacendarios y financieros” (Salvador, 1994; 547). Su sucesor Rodrigo Borja (1988 – 1992) “desmonta el andamiaje que construyó el Desarrollismo, así se derogaron las leyes de fomento industrial, se desreguló los mercados y se modificó la legislación laboral” (Uquillas, 2007; 15)². Pero no fue sino hasta la administración conservadora del ex presidente Sixto Durán Ballén (1992-1996), cuando el neoliberalismo toma fuerza e impulso en el país, para ser implantado a nivel nacional. Es así, que se en este periodo se expidió la Ley de Instituciones Financieras en 1994 y la Ley de Modernización del Estado en 1993 (Echeverría, 1997: 15). Esta última apuntaló el proyecto neoliberal en el país en lo referente a: desregular el mercado financiero, flexibilizar el mercado de valores, restringir el gasto público para servicios de salud y educación y, aumentar los préstamos de la banca multilateral para programas y proyectos sociales mediante créditos externos y préstamos del Banco Central a bancos internacionales como el FMI (Ramírez, 2012: 54).

En concordancia con lo expuesto por Franklin Ramírez, en un inicio (1970) el Estado ecuatoriano poseía un rol activo y protagónico en las cuestiones públicas pero con el Gobierno de Sixto Durán Ballén, y básicamente con la introducción de políticas de ajuste estructural su rol fue más pasivo. La presencia de actores políticos internacionales no se hizo esperar, y empezaron a tener mayor protagonismo político agencias como la Organización de Naciones Unidas, la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Mundial, quienes apoyaron técnica y financieramente una serie de programas y/o proyectos sociales focalizados a grupos pobres como mecanismos de protección social, por ejemplo³:

- a) En Salud, el Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN 2000), el Programa Ampliado de Inmunizaciones; y, el Programa de Salud Sexual y

² La historia política ecuatoriana evidencia que a pesar de haber tenido presidentes muy disímiles entre sí, a partir del retorno a la democracia en 1979, todos éstos de manera “progresiva abonaron a favor de un cambio en el modelo de desarrollo” (Paz y Miño, 2006: 91) llevado a cabo en años anteriores por gobiernos autoritarios, logrando introducir un nuevo modelo de tipo empresarial.

³ Es importante precisar que en el caso de OPS/OMS la cooperación fue básicamente técnica y marginalmente financiera, a diferencia del Banco Mundial que tenía como eje principal la cooperación financiera y, en segundo término técnica (León, 2015).

Reproductiva. Todos estos programas manejados por el Ministerio de Salud Pública y para el caso de este último a cargo de la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia⁴, la cual financió un conjunto de prestaciones de salud estipuladas en el artículo 1 del Reglamento a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Esto implica que las direcciones provinciales eran las responsables de ejecutar a nivel local los diferentes programas de salud pública.

- b) En Educación, el Programa de Alimentación Escolar (PAE).
- c) En Bienestar social, el Bono Solidario actualmente conocido como Bono de Desarrollo Humano (BDH),

Estos proyectos focalizados y dirigidos a segmentos poblacionales de estratos sociales bajos, requerían para su funcionamiento que los usuarios[as] de los diferentes programas participen de estos, pero no a manera de control y veeduría ciudadana, sino como simples consumidores de servicios sociales, es decir, aplicando lógicas de mercado: clientes – usuarios/as. Esto con la finalidad de legitimar las instituciones vigentes creadas, por ejemplo, para el caso sanitario el Ministerio de Salud Pública daba charlas educativas a beneficiarios/as del Programa Nacional de Alimentación y Nutrición.

El periodo constitucional de Durán Ballén, sorteó graves problemas económicos y sociales provocando la grave crisis política y financiera que tuvo que enfrentar el Estado ecuatoriano. Tales problemas fueron causados directamente por el defectuoso liderazgo administrativo y político de Ballén, el cual tras aprobar la Ley de Modernización en 1993 y la Ley de Instituciones Financieras en 1994, provocó: liberalización de tasas de interés, libre circulación de capitales y aumento de créditos que proliferaron sin control alguno. Esto dio origen al decrecimiento de la balanza comercial ecuatoriana, al incremento de la deuda externa que en 1992 paso de 12.795 millones de dólares a 14.586 millones de dólares en 1996. La crisis política estuvo dada por el “enjuiciamiento y posterior huida del país del Vicepresidente de la República

⁴ Tanto el Programa Ampliado de Inmunizaciones como el Programa de Salud Sexual y Reproductiva recibieron fuerte apoyo técnico de Naciones Unidas, especialmente de OPS/OMS y del UNFPA. Y el presupuesto para la ejecución de los mismos tuvo como fuente principal el Presupuesto General del Estado.

Alberto Dahik, hecho este que impacto sobre el sistema económico en razón del preponderante papel que Dahik tuvo en la formulación y conducción del programa de ajuste económico” (Álvarez, 1999:24). Se suman también, otros factores como la baja del precio del petróleo a nivel mundial, el desastre natural del Niño, y la crisis financiera internacional (Álvarez, 1999:24).

En los años subsiguientes, la economía ecuatoriana estuvo caracterizada por un débil manejo fiscal y monetario que sortearon los demás gobiernos presidenciales de la década de los noventa y especialmente Jamil Mahuad quien presidió la Presidencia de la República desde el año de 1998 hasta el 2000. A finales de la década de los noventa, “se prevé que el PIB de 1999 disminuya en un 7,3 respecto a aquel del año anterior. Como resultado, la tasa de desempleo abierto en las ciudades prácticamente se duplicó, al pasar del 9,2% en junio de 1998 al 16,9% en junio de 1999. Asimismo, en 1999, el índice de precios al consumidor aumentó en más del 60% anual” (Vos: 2000, 15). Desde 1998 hasta 1999, el número de pobres aumentó considerablemente alrededor de 400.000 personas, representando el 3% de la población nacional. “Si bien la pobreza ha aumentado en todo el país, el impacto de la crisis ha sido mayor en las áreas urbanas donde la incidencia de la pobreza aumentó del 24% al 28%” (Vos: 2000, 15).

La crisis económica de los años noventa dejó únicamente consecuencias negativas para el país, a su vez, la débil capacidad de acción por parte del Estado para el manejo de servicios públicos de salud y educación aumentó la conflictividad social. No es de sorprender, por tanto, el resurgimiento de aquellos actores sociales que venían luchando contra el modelo global neoliberal y la crisis de representación política que irrumpen nuevamente los espacios de decisión pública a nivel nacional. La finalidad era resguardar los derechos humanos de ciertos grupos vulnerables como son mujeres, infantes e indígenas- (Santillana y Aguinaga, 2012: 3).

Tal es el caso de los movimientos sociales –mujeres e indígenas- quienes ejercieron acciones colectivas de resistencia al modelo hegemónico impuesto en la década de los noventa, debido a los fuertes impactos negativos que ocasionó, entre estos, precarización laboral, disminución de salarios, escaso poder adquisitivo para la compra de bienes y servicios en especial para servicios básicos –alimentos, vestido, pagos luz, agua, salud, educación etc.-. El rol de las mujeres dentro de los distintos movimientos ha sido crucial para ejercer presión y presencia decisiva a nivel estatal

para transformar la realidad ecuatoriana en busca de mejoras para mujeres y niños quienes en ese entonces eran los grupos poblacionales más afectados.

Vale mencionar que en la década de los noventa, “las tasas de mortalidad materno-infantil eran elevadas. La tasa de mortalidad materna en 1990 fue de 117 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que la tasa de mortalidad infantil en ese mismo año fue de 30 muertes por cada 1.000 nacidos vivos” (Hermida, et al, 2005: 2). En este escenario, en gran medida desfavorable para mujeres y niños, las movilizaciones de mujeres alineadas a las estrategias internacionales promovidas a partir de la Conferencia Mundial sobre la Mujer, en el Cairo (1994) y Beijing (1995) sobre igualdad de género, enfatizaron entre algunos temas claves para las luchas reivindicativas: mujer y salud, y derechos humanos de la mujer.

Es así, que en medio del ajuste de políticas neoliberales, procesos de democratización estatal, surgimiento de movimientos de mujeres se crea la Ley de Maternidad Gratuita en 1994, dentro de un contexto de débil presencia estatal en los asuntos públicos pero sobre todo como parte del proceso de reformas del sector salud promovidas desde la Organización Panamericana de Salud. Lo que la constituye en rigor, como una política de carácter social y nacional que persigue dos objetivos: 1) establecer un conjunto de prestaciones dirigidas a toda la población materno-infantil financiada por diferentes fuentes públicas y privadas, y 2) aperturar mecanismos participativos en donde las mujeres incidan de forma directa en la gestión de los servicios públicos de salud a través de comités de usuarias.

1.2 El Proceso de institucionalización de Comités de usuarias a nivel nacional.

Este breve apartado pretende reconstruir históricamente a los Comités de usuarias del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia a nivel nacional a través del estudio de tres períodos concretos: 1) el inicio de la Ley de Maternidad Gratuita (1994), 2) la gran reforma a la Ley de Maternidad Gratuita y el surgimiento de Comités de usuarias (1998 – 2002), y 3) el funcionamiento operativo de la LMGAI y de los Comités de usuarias a nivel nacional. El objetivo que se persigue es caracterizar el rol de todos aquellos actores -políticos y sociales-, instituciones -públicas y no públicas- y movimientos sociales que intervinieron en el proceso de desarrollo de este dispositivo.

1.2.1 El inicio de la Ley de Maternidad Gratuita

Este corto inciso pretende dar respuesta a la siguiente interrogante *¿Cómo surge la LMG en el Ecuador?* y más específicamente *¿Quién la promueve hasta institucionalizarla en 1994?* Las respuestas a estas preguntas se vuelven cruciales para entender de mejor manera la complejidad que implica hablar de la ley, y específicamente de los Comités de usuarias.

En primera instancia, la Ley de Maternidad Gratuita fue creada durante la administración neoliberal del Arq. Sixto Durán Ballén, representante del Partido Unidad Republicana (PUR) que en coalición con el Partido Conservador Ecuatoriano (PCE) ganó la presidencia en 1992. Durán Ballén, “quien había sido uno de los fundadores del PSC” (Freidenberg y Alcántara, 2001: 73), venció a su opositor Jaime Nebot Saadi, representante del Partido Social Cristiano en la segunda vuelta electoral con alrededor del 58% de votos, frente a un 42% de votos de Nebot⁵.

En ese periodo, se dieron también elecciones legislativas en las cuales se votó por asambleístas. Los representantes del Partido Social Cristiano alcanzaron 21 escaños en el Congreso Nacional, ubicándose como el bloque legislativo con mayor presencia nacional. Uno de sus representantes más fuertes en la arena legislativa, fue Heinz Moeller Freire (PSC), quien fue presidente de la Asamblea Nacional en el periodo 1994 - 1995. Tras ocupar la presidencia legislativa, Moeller retoma la propuesta política puesta en campaña electoral por Jaime Nebot en 1992, candidato socialcristiano para la presidencia en la cual se buscaba la creación y aprobación de algunas leyes. Entre estas:

- Ley de Creación del Fondo de Solidaridad.
- Ley de Pasantías en el Sector Empresarial.
- Ley de Derechos y Amparo al Paciente.
- Ley Reformatoria al Código de Trabajo.
- Ley Reformatoria al Código Penal.
- Ley Reformatoria a la Ley de Régimen Municipal.
- Ley de Maternidad Gratuita.

⁵ “En 1991, Sixto Durán Ballén se desafilió del PSC tras una intensa lucha por ocupar la candidatura presidencial del partido y formó su propia agrupación, la que aliada al Partido Conservador triunfó en los comicios de 1992 sobre el PSC y su candidato Jaime Nebot Saadi” (Freidenberg y Alcántara, 2001: 43).

- Ley de Préstamo Gratuito de libros y textos educativos para los estudiantes del país, y,
- Ley Reformativa del Código de Salud, entre otras

Todas estas leyes sirvieron como plataforma política del PSC para la campaña electoral (1992). Sin embargo, el partido dio mayor fuerza e impulso a la aprobación de la Ley de Maternidad Gratuita, considerando que es deber del Estado respaldar a las mujeres pobres quienes no contaban con recursos económicos necesarios para su alumbramiento.

Siendo así, que el 3 de marzo de 1994 el PSC presenta al Congreso Nacional un documento en el cual se expone de manera explícita la importancia que tiene la aprobación de esta ley, argumentando “El Partido Social Cristiano insiste sobre esta Ley que fue vetada por el Presidente de la República pero que obedece a un elemental principio de solidaridad con las madres de escasos recursos económicos, que no tienen como pagar su alumbramiento” (Documento, 1994). Para el diputado social cristiano Pascual Cioppo la base que sustenta esta ley fue:

El alto índice de mortalidad infantil al momento del parto. De acuerdo con los cálculos realizados por el bloque socialcristiano, esta nueva Ley implicará al Gobierno un gasto de 15 millones de dólares al año, lo que, significaría aproximadamente el 0.05 por ciento del presupuesto general del Estado. La idea, dijo el diputado, es que se pueda atender a todas las madres en cualquier sitio del país en el momento que necesite dar a luz, sea hospital público o privado (Diario Hoy: 1994, 9A).

La aprobación de la ley generó debate y apoyo de diversos sectores como: organizaciones comunitarias de barrios populares de Guayaquil, organizaciones de mujeres, partidos políticos (socialcristiano), medios de comunicación (televisión y prensa), entre otros. La LMG se constituía en una ley con fuerte apoyo popular proveniente desde las masas y urbes guayaquileñas debido a que era impulsada por Jaime Nebot y miembros del partido socialcristiano. Posteriormente, se sumaron otros actores de clase media y alta, prensa, televisión pues respaldaban a las mujeres pobres quienes no tenían recursos para pagar por su alumbramiento.

A pesar del apoyo masivo que tuvo la LMG, existía cierto rechazo desde la propia Asamblea Nacional, en su mayoría por asambleístas pro-gobiernistas, quienes leales a la postura de Durán Ballén no dejaban que la ley sea aprobada. Se sumó también, la constante oposición y rechazo del doctor Patricio Abad Ministro de Salud Pública en el gobierno de Durán Ballén⁶, quien argumentaba que en los hospitales públicos no se cobraba a las usuarias por los servicios otorgados. La aprobación de esta ley, estuvo en medio de la tensión de sectores de apoyo y rechazo, sin embargo es aprobada por la Asamblea Nacional después de dos debates constitucionales y con más de dos terceras partes de los diputados.

Las noticias de los diarios no se hicieron esperar, y el jueves 1 de septiembre del 94, el Diario Hoy publica en la sección actualidad: **“Maternidad Gratuita Una Realidad”**:

Toda mujer ecuatoriana que quiera dar a luz no pagará un solo centavo por atenderse en cualquier unidad de salud del estado, según indica la nueva ley de maternidad gratuita, presentada al Congreso por el Partido Social Cristiano, y que en los próximos días se pondrá en vigencia en todos los hospitales estatales, una vez que el presidente de la República, arquitecto Sixto Durán Ballén, expida el reglamento de esta ley y la publique en el Registro Oficial.

El ministro de Salud Pública, doctor Patricio Abad, asegura que ya existe maternidad gratuita y que los legisladores lo que hacen es llover sobre mojado y malgastando su tiempo al aprobar leyes que ya están en vigencia.

La realidad es que todos los servicios que prestan los hospitales públicos del país se encuentran dentro de un sistema tarifario que se rige por la expedición del Acuerdo Ministerial 114 que crea la autogestión.

El proyecto entrará en vigencia automáticamente a partir de su publicación en el registro Oficial y establece un impuesto del 3% a los consumos especiales para su aplicación”. (Diario Hoy, 1 de septiembre de 1994).

Esta noticia evidencia el conflicto político e institucional que generó la vigencia de la ley. Primero, desde el propio Ministerio de Salud con su máximo representante quien aseguraba que ya existía gratuidad en los establecimientos públicos de salud. Sin embargo, la realidad era totalmente diferente a lo expuesto por el doctor Abad, el mismo Acuerdo Ministerial 114 era su claro ejemplo. Este acuerdo instituía el cobro de la

⁶ Después de salir del Ministerio de Salud el doctor Patricio Abad, le sucede el doctor Alfredo Palacio, quien tuvo que afrontar la crisis del sistema sanitario de 1994 producto del acuerdo ministerial 114.

consulta médica en todos los servicios públicos de salud a nivel nacional, es decir, la autogestión o también conocida como recuperación de costos. En definitiva eran los usuarios y usuarias del sistema hospitalario público ecuatoriano quienes debían cubrir ciertos rubros pertenecientes a: laboratorio, farmacia, uso de quirófano, rayos x y otros costos más⁷ (León, entrevista, 2014).

Ante esto, según el Archivo Digital de Noticias desde 1994, publica el 30 de noviembre de 1994: **No Al Cobro de los Servicios de Salud.**

El acuerdo ministerial 114, mediante el cual se establece el cobro de los servicios de salud en los hospitales públicos, tiene que ser derogado y no reformado insisten los trabajadores de la salud, que desde hace varias semanas protagonizan un paro de actividades.

El pronunciamiento del ministro de Salud, Alfredo Palacio, de que revisará y reglamentará el acuerdo ministerial 114, no convence a los trabajadores de la salud, quienes insisten en que solo depondrán la medida de hecho una vez que quede sin efecto la mencionada disposición.

Pero los trabajadores de la salud, piden además que el presupuesto de la salud para 1995 sea del 10% del presupuesto general del Estado, y no del 4% tal como se establece actualmente.

El presidente de paro de los trabajadores de la salud del hospital Eugenio Espejo, Juan Manuel Lema, precisó que si incrementa el presupuesto para el sector, el acuerdo ministerial 114 ya no tendrá razón de ser, pues los hospitales públicos tendrían los fondos suficientes para funcionar.

Según Lema, los trabajadores de la salud están conscientes de que el tema del presupuesto no está en manos del nuevo ministro de Salud, por ello, dijo se han dirigido, a través de una comunicación, al Presidente de la República, Sixto Durán Ballén, para que solucione el problema.

Los diputados tendrán que aportar también para solucionar el paro de actividades, su tarea debe encaminarse a no aprobar el proyecto de ley de reformas a la Constitución, en el capítulo que tiene que ver los cambios en el sector de salud pública.

Según Lema, la solución para la terminar con la medida de hecho está en manos del presidente de la República, quien a través del incremento del presupuesto logrará que se elimine el acuerdo ministerial 114, y de los diputados, los mismos que deben rechazar las reformas a la Constitución.

⁷ Costos de Servicios Médicos en Hospitales Públicos en sucres: Consulta Médica General 2.400, Consulta especializada 4.000, 1 día de hospitalización 16.000, Curaciones grandes 2.000, Curaciones pequeñas 600, Calzas 3.000, Rayos X dentales 1.000, Endodoncia 10.000, Apendicetomía 80.000, Extracción de la vesícula biliar 100.000, Laratomía exploradora por trauma 200.000, Curetaje 40.000, Histerectomía 300.000, Doble cambio de válvula corazón 600.000, Colocación de marcapasos 40.000.

Lema insistió en que los trabajadores de la salud no reclaman beneficios personales, sino que están defendiendo el derecho de los ecuatorianos a acceder a un servicio de salud digno y sin costo (Archivo digital de Noticias, 1994).

Segundo, por parte del ejecutivo presidido por Durán Ballén quien veto parcialmente la misma ley propuesta en 1993 después de haber sido aprobada por el Congreso Nacional. “El veto se hizo al artículo tres de la ley, que se refiere al incremento del tres por ciento de las tarifas de impuesto a los consumos especiales cigarrillo y alcohol” (Noticia Diario Hoy: 1994). El argumento central del Presidente de la República para vetar parte de la Ley de Maternidad Gratuita fue evitar la especulación de estos productos debido a la escasez que se generaría al aumentar su costo. La Asociación Ecuatoriana de la Agroindustria Tabacalera (ASOTAB) “advirtió que una disminución de los volúmenes de operación en sus actividades agrícolas e industriales, implicaba, una reducción de la mano de obra empleada” (Noticia Diario Hoy: 1996).

En concreto, la LMG de 1994 se aprueba durante el periodo presidencial de Durán Ballén pero fue propuesta por la Asamblea Nacional exclusivamente por el partido de oposición al régimen, es decir, por el Partido Social Cristiano – de derecha-. La aprobación de la misma generó conflicto de intereses entre: 1) actores políticos pertenecientes al legislativo y ejecutivo y, 2) actores institucionales como el Ministerio de Salud Pública.

Por un lado, la disputa se centró básicamente en los líderes de los partidos, Jaime Nebot y Sixto Durán Ballén, quienes al haber formado parte del Partido Social Cristiano empiezan a tener roles políticos debido a la separación de Durán Ballén del partido, incluso hasta su confrontación presidencial en 1992. Para el PSC la aprobación de la LMG se correspondía como un deber del Estado para proteger a grupos poblacionales de escasos recursos, además de ser una ley de tipo asistencialista y de beneficencia propuesta en campaña electoral. A diferencia de la oposición (PSC) a Durán Ballén le preocupaba los problemas que se podían generar al incrementar el 3% a las colas, bebidas y cigarrillos. Y claro, el interés de Durán Ballén estaba anclado más al apoyo y respaldo del sector privado, que al alza de precios de estos productos.

Por el otro lado, la constante oposición del Ministerio de Salud Pública a través de su máximo representante, el docto Abad, se debió a que la ley no permitía a los hospitales públicos recuperar aproximadamente “el 15% de su presupuesto mediante el

pago de la población” (Krainer y Mora, 2013: 61) por el cobro de consultas médicas efectuadas a mujeres que constantemente acudían a los servicios en etapa de alumbramiento. La oposición del doctor Abad, no era casual, se daba básicamente al número de atenciones y gastos que los hospitales públicos financiaban por atender a mujeres. Además las mujeres, representaban casi el 90% de la consulta pública sanitaria (León, entrevista, 2014).

1.2.2 La gran reforma a la Ley de Maternidad Gratuita y el surgimiento de los Comités de usuarias.

A finales de la década de los noventa (1998), la LMG entra en un proceso de reforma constitucional propuesta por, Miguel López, presidente de la Comisión de Salud y Ambiente del Congreso Nacional. La reforma pretendía incorporar, sustituir y modificar los artículos de la Ley de Maternidad Gratuita (1994), que en un inicio fueron únicamente tres⁸. El objetivo de reforma, según la doctora Ninfa León, implicaba pasar de una política de tipo asistencialista y focalizada referida a mujeres de escasos recursos –característica propia del neoliberalismo- a una política de protección social que garantice gratuidad en la atención pública sanitaria a todas aquellas mujeres que residan en el Estado ecuatoriano durante el embarazo, parto y post parto. Se incluyó también, atención y prestaciones de salud a niños y niñas menores de cinco años de edad, así como, acceso a programas de salud sexual y reproductiva, entre estos: detección oportuna de cáncer cérvico uterino y el acceso a métodos de regulación de la fecundidad (LMGAI, 1998: artículo 1 y 2).

⁸ La Ley de Maternidad Gratuita de 1994, establece:

Art.1.- Toda mujer ecuatoriana que acuda a dar a luz en un hospital, centro o institución de salud pública tendrá derecho a que el parto sea enteramente gratuito.

Art.2.- El Ministerio de Salud Pública cubrirá los gastos por medicinas, insumos, alimentación y, en general, todos los que demande la atención del parto y del puerperio.

Art.3.- Incrementase en el tres por ciento (3%) las tarifas del impuesto a los consumos especiales señaladas en el artículo 78 de la Ley de Régimen Tributario Interno, publicada en el Registro Oficial No. 341 del 22 de Diciembre de 1989.

Los valores producto de la aplicación de lo impuesto en el inciso primero de este artículo, serán transferidos mensualmente por el Ministerio de Finanzas a las cuentas del Ministerio de Salud Pública, el que los destinará, en su totalidad, a financiar la prestación del servicio establecido en esta Ley.

La reforma a la ley planteada por Miguel López en el periodo 1997 - 1998⁹, es impulsada por el partido político PACHAKUTIK (Movimiento de Unidad Plurinacional Pachakutik)¹⁰ del cual López es miembro. Este partido, en sus siglas MUPP-NP, surge en 1995 “como una nueva alianza de izquierda y de sectores críticos al modelo económico y estatal que, según Barrera (1998), buscaban “resignificar” el campo de lo político” (Freidenberg, Alcántara, 2001: 244). “Las vertientes ideológicas y políticas de las que se nutriría este movimiento serían: a) la vertiente étnico cultural, basada en la cosmovisión, cultura y luchas de los pueblos y nacionalidades indígenas [...] En oposición al Estado uninacional y a la explotación económica y social existentes en el Ecuador; b) la vertiente inspirado en el marxismo, la nueva izquierda corrientes de la modernidad libertaria o crítica en énfasis en la dimensión clasista, pero críticos a la vieja izquierda, abiertos a un sustrato nacional, popular latinoamericano a la libertad y a las prácticas democráticas; c) la vertiente de los movimientos sociales en contra de las diversas formas de opresión, más allá de las diferencias por la integridad, el reconocimiento y el respeto de todos los sectores sociales” (Tuaza, 2006: 134)

La propuesta de reforma a la LMG por parte de la Comisión Legislativa de Salud se origina tras la denuncia presentada por un grupo de habitantes quienes operaban a manera de comités de salud en el Hospital Enrique Garcés del Sur de Quito. Este grupo de la sociedad civil –perteneciente a los sectores populares del Sur- al enterarse que el Ministerio de Salud Pública instituye el cobro en los hospitales públicos de salud, y especialmente en el hospital del sur deciden reclamar oficialmente a la Comisión Legislativa de Salud, presidida por López (León, entrevista, 2014). Reconociendo las distintas formas que menciona la teoría sobre participación ciudadana, este tipo de organización social de sectores populares del sur, puede ser vista como un tipo de participación no convencional, autónoma, no institucionalizada y desde abajo (bottom up) que irrumpió en el hospital del sur, a diferencia de la participación

⁹ “El Bloque del Movimiento Pachakutik en el Congreso para el periodo 1996 – 1998 estuvo conformado por Luis Macas, Miguel Lluco, Napoleón Saltos, José Avilés, Leonidas Iza, Miguel López Moreno, Rosendo Rojas Reyes y Héctor Villamil” (Freidenberg y Alcántara, 2001: 252).

¹⁰ Lo interesante según Flavia Freidenberg y Manuel Alcántara sobre este movimiento, es que incorpora términos como diferencia, autonomía, plurinacionalidad, culturas, historias, racionalidad, biodiversidad adquieren nuevos significados en el contexto político. Es como si esos términos se politizaran en un escenario distinto y se potenciarán de tal manera que posibilitan la creación de espacios políticos para nuevos actos sociales como las mujeres, los homosexuales y los ecologistas.

convencional promovida desde arriba (top down) por el Estado o la Administración Pública e institucionaliza por ley, como es el caso específico de los Comités de usuarias.

Nótese por consiguiente, que una parte de la ciudadanía ya ejercía control y vigilancia en el hospital del sur mucho antes del funcionamiento de los Comités de usuarias del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Además, como señala la doctora Ninfa León¹¹, en esa época – refiriéndose a los años noventa- los graves problemas sanitarios que atravesaba el país estuvieron relacionados a la falta de medicinas e insumos médicos y al cobro de los servicios médicos prestados por los hospitales públicos a nivel nacional. Esto afectaba considerablemente el bolsillo de la mayoría de la población pobre ecuatoriana que acudía a estos servicios.

En los hospitales públicos no había nada. La gente pobre llegaba al hospital del sur, le daban atención médica y si tenían que hacerse un examen debían pagar o irse algún lado y pasaba lo mismo con los medicamentos. Entonces estos comités de salud conformados por la gente pobre del sur habían sido asesorados por un padre francés, quien trabajaba a nivel de las bases populares del Sur, pertenecían a una fundación que tenían una oficina al frente del hospital. La gente iba al hospital luego se cruzaban la calle a la fundación para ver como ellos les podían ayudar de dos maneras: 1) haciendo las gestiones al interior del Hospital Enrique Garcés con las trabajadoras sociales para que les categoricen y no les cobren, y 2) apoyándoles con medicinas, etc. Entonces el Ministerio de Salud Pública bajo la administración del Dr. Edgar Rodas, en un trabajo conjunto con el Director General de Salud, el Subsecretario de Salud y el asesoramiento del Proyecto MODERSA –proyecto que tuvo como eje principal de acción colaborar técnicamente en procesos de modernización del sistema de salud en el Ecuador referido a obras físicas y equipamiento de hospitales- empiezan a llevar adelante procesos de modernización del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano enfocado a recuperar costos y autonomía financiera del Ministerio de Salud, y de sus unidades operativas públicas a nivel nacional. Lo cual implicó la creación de un tarifario de todas las prestaciones, incluyendo: parto, embarazo y control del niño/a etc. (León, entrevista, 2014)

El conflicto entre ciudadanía y Ministerio de Salud Pública generado a causa del cobro de prestaciones relacionadas a la Ley de Maternidad Gratuita (aprobada en 1994) hace que la Comisión de Salud solicite al Ministro de Salud, doctor Edgar Rodas, informar las razones de estas denuncias y quejas sobre el hospital. “Se llamó varias veces al

¹¹ La doctora Ninfa León trabajaba en la Organización Panamericana de la Salud en el tema de reforma del sector salud en el Ecuador y tenía entre sus actividades el apoyo a la LMG. Posteriormente, fue Coordinadora de la Unidad Ejecutora de la LMGAI.

Ministro de Salud y se demostró que en realidad estaban cobrando, sobre todo lo relacionado con las prestaciones correspondientes a la Ley de Maternidad Gratuita, y que para ese entonces era gratuito” (León, entrevista, 2014). A pesar que el Ministerio de Salud transfería recursos económicos a las unidades operativas de salud para que estas a su vez cubran lo relacionado al parto, “la plata de maternidad gratuita llegaba pero se distribuía como quiera, llegaban las partidas a los hospitales, pero no a las beneficiarias. Por ejemplo, en uno de los hospitales la plata se gastó en cortinas diciendo que a los pacientes de medicina interna les daba el sol” (León, entrevista, 2014).

Con este antecedente, la Comisión Legislativa de Salud propone fortalecer la ley anterior mediante su reformulación. La postura de Pachakutik a favor de los derechos de las mujeres y niños, no es fortuito, sino que corresponde a uno de sus pilares de lucha social en lo referente a “elaboración de políticas de Estado que fortalezcan el empleo, la educación, la salud, la vivienda y la seguridad social, la redistribución de la riqueza y del poder en el ámbito social y territorial” (Tuaza, 2006: 136). Para cumplir con el propósito de reformular la LMG, la Comisión Legislativa de Salud (1997-1998), contó por un lado, con la asesoría técnica de agencias internacionales como:

- a) la Organización Panamericana de la Salud, instancia que contrató a Javier Torres Goitia -ex Ministro de Salud en Bolivia- como asesor internacional que colabore en la reestructuración de la ley. El aporte de Goitia era interesante debido a que Bolivia había desarrollado: el Seguro Universal Materno Infantil – como estrategia para reducir la pobreza en Bolivia-; y, la Ley de Participación Popular y,
- b) el Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR), como instancia “no gubernamental, sin fines de lucro, con proyección internacional, líder en la generación y difusión de información de la realidad social, que aporta activamente en la construcción de políticas sociales y promueve el desarrollo social” (CEPAR, 2014).

Paralelamente, la comisión contrató también asesores locales para que elaboren estudios de costos de todo lo relacionado con prestaciones de maternidad y el cuidado de menores de cinco años de edad a nivel nacional. En medio de estos procesos de reforma, la OPS incorpora al equipo de trabajo -de la Asamblea Nacional- al Consejo Nacional de Mujeres (CONAMU), instancia que fue creada en el gobierno de Fabián Alarcón adscrita a la Presidencia de la República en 1997.

El CONAMU¹² tenía como misión coordinar con todas las entidades del Estado, a fin de garantizar la ejecución de políticas, programas y proyectos en beneficio de las mujeres y la equidad de género. Trabajaba en algunas líneas de acción: educación, salud sexual y reproductiva, violencia, participación política de las mujeres, entre otras. (Diario Hoy, 24 de octubre de 1997). Entonces, Miguel López como presidente de la Comisión de Salud y Ambiente y Lola Villaquirán presidenta del CONAMU firman un acuerdo de cooperación entre las dos instancias para garantizar la inclusión del enfoque de género en la nueva reforma. La misión del CONAMU –particularmente de la especialista de salud Ximena Abarca¹³- era plantear temas claves que cambien o reformen las estructuras patriarcales del Estado. Y claro en ese momento, la influencia de las Conferencias Mundiales sobre la Mujer en el Cairo (1994) y Beijing (1995) permitió repensar el rol de las mujeres como agentes políticas protagonistas de cambio social y político (Abarca, entrevista, 2014).

El problema era que las políticas de salud no se hacían desde el propio Ministerio de Salud, sino que respondían a lo dispuesto por el Banco Mundial el cual propiciaba privatización de instituciones públicas y cobro de servicios sociales. Entonces desde el CONAMU, se buscaba resistir y se trabajaba para que los servicios de salud sean gratuitos para las mujeres. La intención era establecer un tipo de compensación social o un salario social para que las mujeres embarazadas y con niños pequeños puedan acceder sin costo alguno a las unidades operativas públicas para ser atendidas (Abarca, entrevista, 2014).

Vista la necesidad de incorporar la participación política de las mujeres en las políticas públicas de salud, el Consejo Nacional de Mujeres propone a la Comisión Legislativa de Salud la conformación de Comités de usuarias en cada localidad a manera de organizaciones de base que vigilen el cumplimiento de la ley. Estos Comités de usuarias, estarían a su vez, encaminados a: promocionar derechos sexuales y reproductivos; empoderar a las mujeres sobre el tema; subvertir el patriarcado; crear

¹² “Según Decreto Ejecutivo 1733 R.O. 601 del 29 de mayo de 2009 el CONAMU inicia la definición de la Institucionalidad Pública que garantice La Igualdad entre Hombres y Mujeres denominándose COMISIÓN DE TRANSICIÓN HACIA EL CONSEJO DE LAS MUJERES Y LA IGUALDAD DE GÉNERO” (Sacado de la página web del CONAMU, en: www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/.../macsim_conamu.htm. Revisado el 18 de diciembre de 2014).

¹³ La doctora Ximena Abarca, trabajó en el CONAMU como especialista de salud, y participó en la reforma a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia de 1998. Años después ocupó el cargo de Directora Ejecutiva de la misma instancia, y posteriormente, fue coordinadora de la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

conciencia de sus derechos, y prevenir muerte materno-infantil en su cantón, y otros más.

La idea era organizar a las mujeres anónimas, amas de casa y de barrios a luchar por sus derechos y fue el tema de la maternidad y la salud sexual y reproductiva la que las motivó e incentivo a organizarse y tomar conciencia, a tomar poder y a reflexionar alrededor del patriarcado. (Abarca, entrevista, 2014).

Una vez elaborado el documento de reforma a la Ley de Maternidad Gratuita de 1994 (entre Comisión Legislativa de Salud, OPS, CONAMU, y demás expertos nacionales e internacionales que apoyaron en la elaboración de la misma) se necesitaba poner en el orden del día de la Asamblea Nacional para que pueda ser debatida. Entonces se buscó el apoyo de la primera dama en ese entonces, periodo 1997 -1998 a Lucia Peña (esposa de Fabián Alarcón presidente interino del Ecuador) quien presidía el INNFA para que influya políticamente al interior de la asamblea. Se unieron a la lucha el CONAMU, la OPS y no podían faltar los integrantes de la Comisión Legislativa de Salud.

Para que la reforma a ley no sea vetada se negoció con algunos bloques legislativos, especialmente con miembros del Partido Social Cristiano quienes poseían mayoría parlamentaria, además, eran los propulsores en un inicio de la ley. Según Ninfa León “la ventaja que se tenía para que aprobasen la reforma era porque este tema estaba en la conciencia de la gente. Nadie se iba contra los derechos de las madres y de los niños. Es un tema que tiene valor en la conciencia de las personas y es raro que alguien se oponga” (León, entrevista, 2014). Puesta en el orden del día la LMG para ser debatida, tomó la palabra la diputada social cristiana de Tungurahua y dice “quiero pedir un minuto de silencio por las catorce mujeres que han muerto este día por un problema del parto y del embarazo. Ahora quiero poner en discusión el proyecto de reforma de la LMG. Sin más nada que decir se abre la discusión al tema de la reforma (León, entrevista, 2014).

La reforma a la ley es aprobada con casi unanimidad por el Congreso Nacional y legalizada mediante Registro Oficial No. 381 de 10 de agosto de 1998 en la presidencia de Fabián Alarcón. Tras estos acontecimientos el rechazo del Ministro de Salud Pública no se hizo esperar.

El Ministerio de Salud Pública trató en varias ocasiones de probar que la reforma a la Ley de Maternidad Gratuita era inconstitucional. Como era una ley que estaba por encima del acuerdo ministerial el cual instituía la recuperación de costos en los servicios públicos de salud se quería que fuese derogada. Además, era una ley que no les permitía a los hospitales cobrar a las mujeres quienes representaban en 75% de la consulta médica general. (León, entrevista, 2014).

La aprobación de la reforma a la Ley de Maternidad Gratuita se dio el 10 de agosto de 1998, producto del acuerdo técnico, político e interinstitucional de todas aquellas instancias que juntaron esfuerzos para estructurarla totalmente. No es de sorprender que tras esta reforma estuvieran involucradas mujeres quienes promovían derechos de mujeres, entre ellas: Ninfa León (OPS), Ximena Abarca (CONAMU) y, Cecilia Tamayo (Comisión Legislativa de Salud).

La primera gran reforma a la Ley de Maternidad Gratuita del 94 está en el título. La actual se denomina Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (en sus siglas LMGAI) debido a que no solo cubre prestaciones de salud materna, sino también, de niños y niñas menores de cinco años de edad. El artículo 1 y 2 indican:

Art. 1.- Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y posparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos - nacidas y niños - niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.

Art. 2.- La presente Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad en las siguientes prestaciones:

a) Maternidad: Se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y, en las enfermedades de transmisión sexual los esquemas básicos de tratamiento (excepto SIDA), atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, toxemia, hemorragias y sepsis del embarazo, parto y posparto, así como la dotación de sangre y hemo derivados.

Dentro de los programas de salud sexual y reproductiva se cubre la detección oportuna de cáncer cérvico uterino y el acceso a métodos de regulación de la fecundidad, todos ellos según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública; y,

b) Recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad: Se asegura la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad a los recién nacidos o nacidas y sanos o sanas,

prematurados – prematuras de bajo peso, y/o con patologías (asfisia perinatal, ictericia, sufrimiento fetal y sepsis), a los niños o niñas menores de cinco años en las enfermedades comprendidas en la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y, sus complicaciones, todo ello según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública. (LMGAI, 1998: artículo 1 y 2).

Además de estos cambios, la reforma plantea cambios sustantivos para el Estado en materia de salud pública, por ejemplo:

Primero, pasa de ser una política focalizada y de ayuda social – referida únicamente a mujeres de escasos recursos económicos- a una política de Estado de carácter nacional para todas aquellas mujeres que habitan en el territorio nacional sin importar su condición económica y de clase social. Segundo, promueve nuevos derechos ciudadanos que no son precisamente los convencionales como pagar al Estado por servicios básicos (alcantarillado, recolección de basura, etc.). Tercero, introduce y crea instancias para la participación de actores sociales e institucionales excluidas del Sistema Nacional de Salud tradicional, tal es el caso, de los gobiernos locales y usuarias[os] como beneficiarios de la ley. Crea el Comité de Apoyo y Seguimiento (en sus siglas CAS), el Comité de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud, y los Comités de usuarias. Todas estas instancias con responsabilidades particulares en bien velar que la ley sea ejecutada a nivel nacional.

Cuarto, incorpora diversas fuentes de financiamiento público proveniente de varias instancias involucradas con derechos a grupos vulnerables. Por ejemplo, “los recursos que el INNFA destine a programas de reducción de mortalidad materna e infantil y/o salud reproductiva” (LMGAI, 1998, artículo 3), en sus siglas anteriores significa Instituto Nacional de la Niñez y la Familia, “nació el 29 de septiembre de 1960 con el objetivo de velar por el cumplimiento de los derechos de los niños y buscar soluciones a los problemas del trabajo infantil, el maltrato, la deserción escolar y la desnutrición. Mediante Decreto Ejecutivo N° 1170, el 3 de julio del 2008 se le cambió el nombre a INFA (Instituto Público de la Niñez y la Familia), entidad que fusionó al ex INNFA, Operación Rescate Infantil (ORI), Fondo de Desarrollo Infantil (FODI) y Dirección de Atención Integral de la Niñez y Adolescencia (Daina). Después de cuatro años, el 2 de enero pasado por Decreto Ejecutivo N° 1356, el Gobierno decide su desaparición total y sus funciones principales son asumidas por el Ministerio de

Inclusión Económica y Social (MIES) y las áreas médicas por la cartera de Salud” (El Universo, 2013, sección Comunidad).

Los recursos asignados al Ministerio de Salud Pública por la Ley de Creación del Fondo Nacional para la Nutrición y Protección a la Población Infantil (FONNIN), creado con el propósito de financiar programas y planes de nutrición y protección infantil, y publicado en el Registro Oficial No. 132 del 20 de febrero de 1989. Este fondo constará con los siguientes recursos¹⁴:

- a) El impuesto adicional del 0.5% sobre el valor FOB de la exportaciones no petroleras;
- b) El impuesto adicional del 2% ad-valorem CIF, para la lista 1, segmentos A y B, y lista II; de importaciones excepto las importaciones de maquinaria, insumos y materia prima destinados a la producción agropecuaria. (Mosquera, s/a: 17)

Se suma también, los valores correspondientes al incremento del 3% de las “tarifas a los consumos especiales, señaladas en el artículo 78 de la Ley de Régimen Tributario Interno, publicada en el Registro Oficial No. 341 del 22 de diciembre de 1989”. Así como,

Los rendimientos del Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Humano de la Población Ecuatoriana creado mediante ley, publicada en el Registro Oficial 661, de marzo de 1995, asignase anualmente el valor correspondiente a 15.100.000 dólares estadounidenses. Los recursos financieros de la cooperación internacional y, los contratados a través de créditos externos para el sector salud, priorizarán la inversión en áreas relacionadas directa o indirectamente a la aplicación de esta Ley. Los valores producto de la aplicación de lo dispuesto en los incisos anteriores serán transferidos mensualmente por el Ministerio de Finanzas a una cuenta especial del Ministerio de Salud Pública, denominada Fondo Solidario de Salud, el que los destinará en su totalidad para financiar única y exclusivamente lo establecido en la presente Ley (LMGAI, 1998: artículo 3).

En cuanto a la creación y participación de actores sociales e institucionales la LMGAI (1998), establece:

¹⁴ Mosquera, Real (s/a): 17.

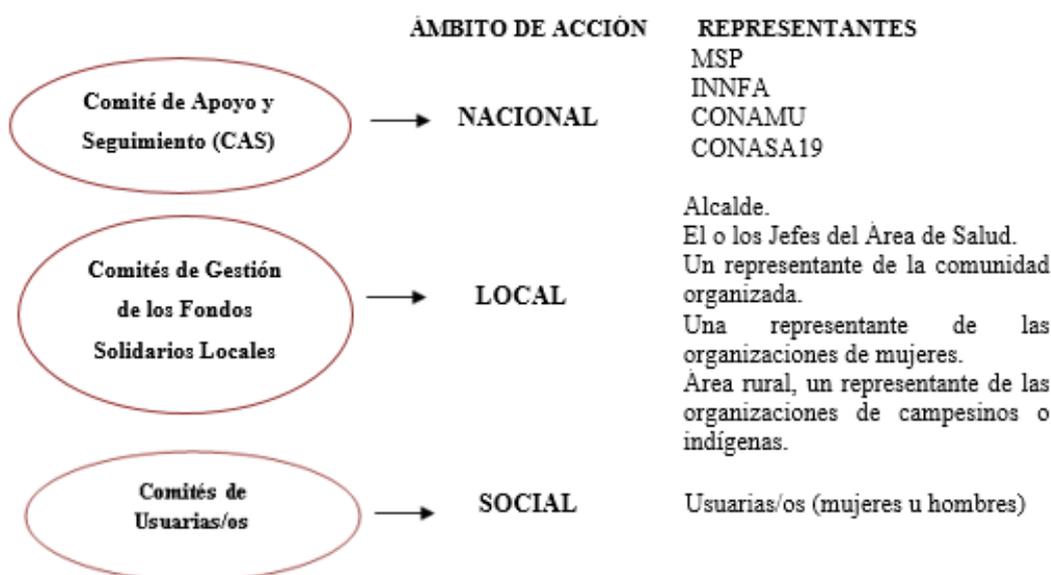
Créase el Comité de Apoyo y Seguimiento (CAS) constituido por el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA), el Consejo Nacional de Mujeres (CONAMU) y el Consejo Nacional de Salud (CONASA). Este comité es la máxima instancia en orden jerárquico que vigila el correcto funcionamiento y aplicación de la ley a nivel nacional.

Créase el Comité de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud, que estará constituido por el Alcalde o su representante legal, el o los Jefes de Área de Salud correspondientes en representación del Director Provincial de Salud; un representante de la comunidad organizada, una representante de las organizaciones de mujeres y, en el área rural, un representante de las organizaciones de campesinos o indígenas. Para la utilización de los recursos se requerirán dos firmas registradas, la del Alcalde y la del Jefe de Área de Salud.

Créase los Comités de Usuarios encargados de fomentar la corresponsabilidad ciudadana en la promoción de la salud materno infantil, del seguimiento y vigilancia en la aplicación de la Ley. (LMGAI, 1998)

La ley establece por tanto, la participación de instancias nacionales, locales y de la sociedad civil, las cuales tienen responsabilidades a desarrollar en su ámbito de acción. El cuadro ejemplifica lo dicho:

Cuadro 1: Actores de la LMGAI (1998)



Fuente: LMGAI (1998)

Elaboración: Autora

La incorporación y creación de todas estas instancias no es casual sino más bien estratégica, afirma Ninfa León y Ximena Abarca, “cada una tenía su razón para formar parte de la ley”, por ejemplo:

Se formó el CAS porque queríamos que haya acuerdos interinstitucionales y mesas de negociación entre las diversas instancias que protegían la ley.

El MSP entraba de hecho porque era quien ejecutaba la ley a nivel nacional.

El CONASA porque como el MSP estaba en contra de la aprobación de la ley se necesitaba de un órgano que políticamente nos apoye.

Entraba el CONAMU porque nos interesaba que se incorpore la perspectiva de género, derechos sexuales y reproductivos” (León, entrevista, 1994).

Finalmente, los Comités de usuarias porque queríamos que las mujeres comunes y corrientes –de barrio, de casa, etc.- participen en el control y vigilancia de la ley en su localidad (Abarca, entrevista, 2014).

Expuesto de manera general, las innovaciones efectuadas a la Ley de Maternidad Gratuita (1994) nos concentraremos en el tema de estudio de la presente tesis, Comités de usuarias.

Los Comités de usuarias, según la LMGAI (1998), son instancias socio – estatales de control y vigilancia del correcto cumplimiento de la ley en cada cantón, es decir, son instancias intermedias –canalizadoras de demandas- entre el Estado y la sociedad civil, y específicamente entre el Ministerio de Salud Pública y las mujeres que acuden a servicios públicos de salud.

Legalizados estos “comités de base social” a través de la Ley No. 129, publicada en el Registro Oficial 381 de 10 de agosto de 1998 era necesario ponerlos en funcionamiento. Y no fue hasta el gobierno del ex presidente Gustavo Noboa en donde se expide el Reglamento a la LMGAI un 5 de junio de 2002. Este reglamento define, aclara y limita funciones y responsabilidades de cada entidad que forma parte de la LMGAI, incluidos Comités de usuarias (Artículos 10, 11, 12 y 13). La puesta en vigencia del reglamento a la LMGAI fue un proceso largo que duró cuatro años en elaborarse, explica Ximena Abarca, y esto debido a que se organizaron mesas de diálogo con diversas instancias públicas y sociales. Por ejemplo, para el caso de los

CUS se contó con la participación de organizaciones de mujeres, Ministerio de Salud Pública, INNFA, OPS y de la GTZ¹⁵.

Se contó también con la asesoría de mujeres políticas como Silva Vega. Las discusiones que se establecían alrededor de la conformación de los comités de usuarias, roles y funciones fueron larguísimas ya en ocasiones había bastante resistencia por parte de diversos actores quienes argumentaban que institucionalizar la participación de las mujeres, era como pedirle permiso al Estado para organizarse y funcionar. El argumento del CONAMU, por su lado, planteaba que no se podía esperar a que la sociedad civil se organice espontáneamente e irrumpa en espacios públicos para exigir sus derechos civiles. Por esto se debía normar a los comités para que empiecen a funcionar. Además el CONAMU era una institución que poseía un pie en el Estado, y otro en la sociedad civil. Y era fundamental promocionar la participación de las mujeres como instancia social que cuestione al Estado y a las instituciones públicas. A pesar de los cuestionamientos, pudimos finalizar el reglamento de los comités en el 2001, el cual detallaba los roles, funciones, actividades de los Comités (Abarca, entrevista, 2014).

Es de esta manera cómo se gestó desde el Estado (Consejo Nacional de Mujeres) la conformación de Comités de usuarias alrededor de derechos sexuales y reproductivos. Basándonos en Ximena Abarca, “si esperábamos a que las mujeres se organicen de forma autónoma en torno a sus derechos de salud tendríamos que esperar muchos años más” (Abarca, entrevista, 2014). La literatura sobre participación institucionalizada entiende a esta como todas aquellas prácticas que son promovidas o lideradas desde arriba (top down), es decir, por el Estado o por la Administración pública para implicar a la ciudadanía común y corriente a deliberar en las decisiones públicas relacionadas a maternidad gratuita con la finalidad de que lo discutido se convierta en acciones (Parés, 2009; Schneider y Welp, 2011; y Fung y Olin, 2003).

La conformación de Comités de usuarias estaba a cargo del CONAMU, en tanto era, por “mandato constitucional la entidad rectora de las políticas de promoción y protección de los derechos humanos de las mujeres y la igualdad de género en el Ecuador” (Grupo de Trabajo de los Derechos de las Mujeres de la Comisión de

¹⁵ La GTZ o también conocida como Cooperación Técnica Alemana ha estado presente en el Ecuador aproximadamente 25 años. Esta agencia ha brindado diferentes servicios de asistencia técnica al país a través de programas o componentes de programas que trabajan a partir de tres áreas prioritarias en América Latina y el Caribe: desarrollo económico sostenible, modernización del estado y desarrollo rural.

Coordinación Pública para los Derechos Humanos del Ecuador, 2006:4). Entonces el consejo convoca a las distintas organizaciones de mujeres para que sean estas quienes se encarguen de socializar la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en las localidades, y posteriormente apoyar en la creación cantonal de cada uno de estos. Y se firman convenios de cooperación institucional entre CONAMU y organizaciones de mujeres locales y nacionales.

Las organizaciones de mujeres se dieron cuenta que estos comités servían de instrumento para que las mujeres de barrio y amas de casa se organicen y se empoderen de sus derechos de salud. Las organizaciones de mujeres trabajaban temas como violencia y desigualdad social con mujeres en todo el territorio nacional pero no habían podido hasta ese entonces organizarlas en torno a la salud (Abarca, entrevista, 2014).

Los Comités de usuarias tenían como finalidad crear espacios transformadores en lo social, en lo político, en lo personal o bien en los tres aspectos (Blas e Ibarra, 2006: 5). Entre las funciones detalladas en el artículo 11 del reglamento a la ley, los Comités de usuarias deben¹⁶:

- a. Acceder a la información relativa a las prestaciones de salud;
- b. Identificar y priorizar las necesidades y aspiraciones comunitarias;
- c. Participar en la evaluación local de actividades, conjuntamente con las unidades operativas;
- d. Canalizar las demandas de salud de la población a través del Comité de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud;
- e. Denunciar ante el Comité de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud, casos de maltrato, negligencia, discriminación, uso indebido de los fondos asignados, cobros indebidos, o cualquier otra acción u omisión que implique incumplimiento de la ley que se reglamenta;
- f. Elaborar un informe trimestral sobre la calidad de atención de los servicios de salud que será presentado al Comité de Gestión del Fondo Solidario Local, para canalizar las demandas y los incentivos a las unidades ejecutoras; y,
- g. Notificar a las unidades operativas casos de muerte materna e infantil que se presenten en su comunidad. (RLMGAI, 2002; artículo 11).

En caso de presentarse algún inconveniente en el nivel local, los CUS podían:

¹⁶ Reglamento a la Ley de Maternidad Gratuita y de Atención a la Infancia No. 2704, del 5 de junio de 2002, artículo 11.

Reportar en cualquier nivel: área de salud, dirección provincial, unidad ejecutora, CONAMU, comité de gestión todo tipo de denuncia, queja o inconveniente que hubiera en el área de salud donde operaban. Una de las experiencias más valiosas de incidencia política que tuvieron los comités, fue cuando estuvieron reunidas con los miembros del Comité de Apoyo y Seguimiento que era la máxima instancia inter-institucional de la Ley de Maternidad Gratuita. Discutieron sobre los problemas e inconvenientes locales (Abarca, entrevista, 2014).

El ejemplo anterior muestra cómo la participación de las mujeres en los comités tiene como finalidad fortalecer la gestión pública a nivel local. La presencia de estos comités (de usuarias) en las unidades operativas a manera de veedurías ciudadanas hace que las quejas, demandas y todo tipo de conflicto entre las mujeres y el área de salud fuesen mitigados mediante la canalización y discusión en alguna de las instancias superiores. Las “usuarias de a pie” como las llamó Ninfa León trabajan a nivel micro con gente de su localidad, y funcionaban de esta manera.

Quando las mujeres llegaban a las unidades operativas de salud eran abordadas por miembros de Comités de usuarias quienes les daban folletos para informarles sobre sus derechos. Después las usuarias entraban a la consulta médica conociendo de manera general sobre la ley. Al salir de la consulta eran nuevamente abordadas para preguntarles como estuvo la atención médica. Les preguntaban si les cobraron, si les dieron medicamentos, si les atendieron amablemente, entre otras cosas. (Abarca, entrevista, 2014).

En suma, estamos frente a un proceso participativo que incidió básicamente en el ámbito de la salud pública relacionado a maternidad e infancia. Son instancias socio – estatales ya que se ubican en el medio del Estado y la sociedad civil – mujeres- y pretenden insertar a las mujeres comunes y ordinarias, de barrio y amas de casa en el entramado institucional afirmando el ejercicio de sus derechos y prácticas de ciudadanía, y a su vez, para mejorar las estructuras políticas tradicionales vigentes propias de la democracia representativa. Los comités poseen características que los hace interesantes de estudiar: a) buena parte del poder de decisión descansa en las mujeres, b) las mujeres participan directamente en el control y vigilancia de la ley en los servicios públicos de salud, y c) establecen canales democráticos –directos y representativos-.

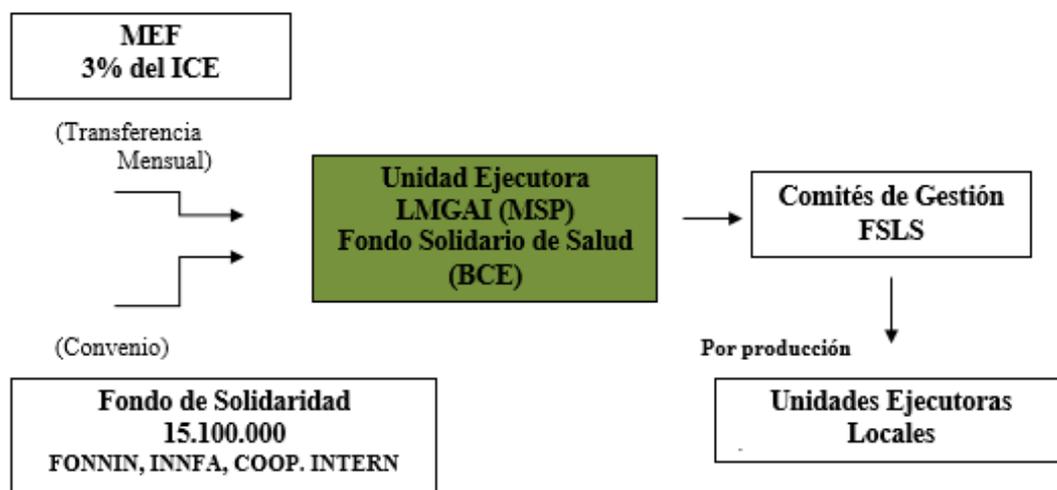
Estas características serán analizadas a profundidad en el capítulo segundo y tercero de la tesis.

1.2.3 El funcionamiento operativo de la LMGAI y de los Comités de usuarias a nivel nacional.

La publicación del Decreto Ejecutivo No. 2704 RO/595 de 12 de Junio de 2002, en el cual se reglamenta la operativización y funcionamiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (1998) a nacional y local, posibilita también, la creación y conformación de Comités de usuarias a nivel nacional. Hasta ese entonces (2002), en el Ecuador no existían mecanismos de participación ciudadana abiertos desde el Ministerio de Salud Pública, que agrupen a mujeres de barrio para que vigilen y controlen a las unidades operativas públicas de salud a que cumplan lo promulgado en la LMGAI a nivel cantonal.

El reglamento a la LMGAI no sólo posibilitó la conformación de Comités de usuarias, sino también, la ejecución y operativización de la ley a nivel nacional. Esto implica en términos generales transferencia de recursos económicos por parte de diversas entidades (Ministerio de Finanzas, INNFA, FONIN, Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Humano, entre otros) a la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita. Además de la creación de instancias nacionales, locales y a nivel de las bases ciudadanas, por ejemplo, del Comité de Apoyo y Seguimiento y Comités de Gestión de los Fondos Solidarios de Salud.

Cuadro 2: Modelo de Gestión de los recursos de la LMGAI



Fuente: León, 2006

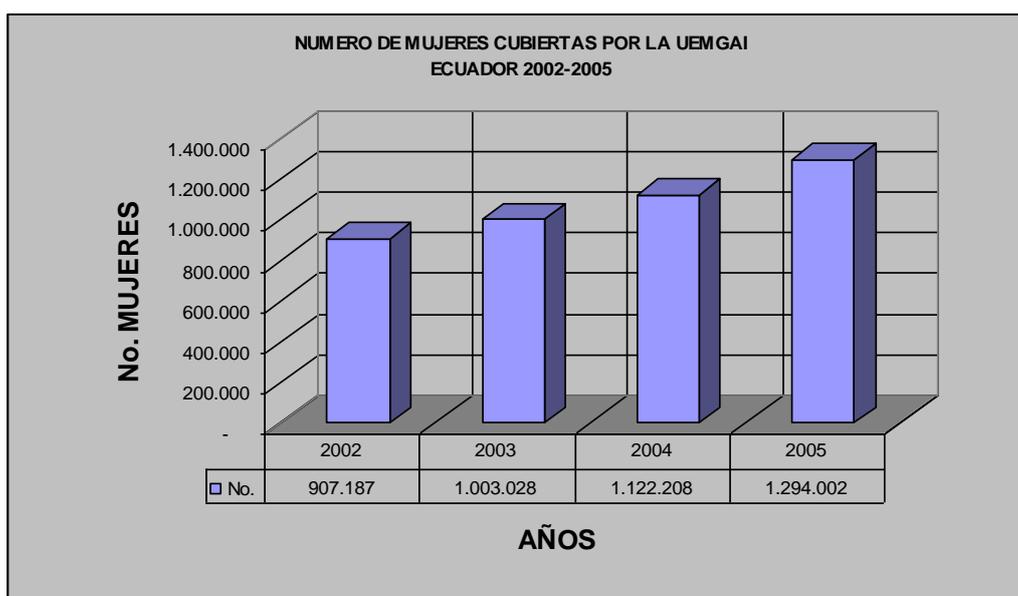
Elaboración: Autora

La ley configura, por tanto, un entramado interinstitucional con fuerte presencia de diversos actores con capacidades de poder y decisión distribuidas por niveles desconcentrados y descentralizados. Tal es el caso de Comités de usuarias con amplio poder a nivel de las bases sociales, capaces de organizarse alrededor del Área de Salud y/o Hospital para garantizar que las mujeres y niños-niñas menores de cinco años que habitan en el barrio, en la comunidad reciban de manera gratuita y oportuna prestaciones de salud-materno infantil. En este sentido, los CUS se convierten en mecanismos de control y exigibilidad social.

Ahora bien, puesto en vigencia el reglamento a la LMGAI su operativización comienza a ejecutarse a partir del año base (2002) tras la creación e institucionalización de algunas instancias: UELMGAI, CAS, CGFSLS, CUS. Es así, que para el 2002 el presupuesto requerido por la Unidad Ejecutora fue de \$11.949.736,20, presupuesto que fue incrementándose anualmente hasta el 2006. Del 2002 al 2003 el incremento presupuestario para maternidad gratuita fue del 41.5%, lo cual equivalió a \$16.907.598,60. Lastimosamente el aumento del 2003 no fue igual para los demás años, es así, que para el 2004, 2005 y 2006 el presupuesto asignado fue de: \$18.959.633,88; \$24.345.453,00; y, \$25.762.875,24 respectivamente (León, 2006).

El presupuesto asignado a la Unidad Ejecutora de la LMG (2002 – 2005) logró cubrir la demanda progresiva de pacientes, entre ellos, mujeres, niños y niñas menores de cinco años que acudían a los servicios públicos de salud con la finalidad de ser beneficiarios de la ley. Es así, que el número de consultas efectuadas varía considerablemente desde el 2002 hasta el 2005. Según datos proporcionados por Ninfa León, en este periodo las mujeres cubiertas por la LMGAI fueron en el 2002, 907.187, y en el 2005, 1.294.002. De igual manera, los niños y niñas cubiertos fueron 953.828 (2002) y 1.557.232 (2005). Los gráficos presentados a continuación exponen de forma más detallada el aumento de cobertura sanitaria presentada en esos años¹⁷.

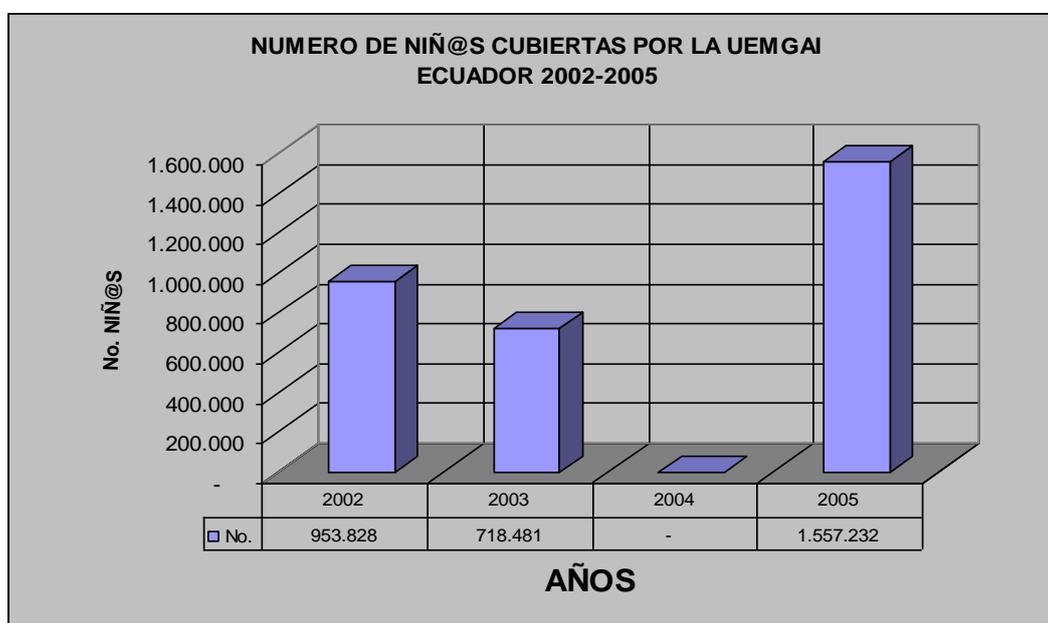
Gráfico 1: Mujeres cubiertas por la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, periodo 2002 – 2005



Fuente: León, 2006

¹⁷ La página web de la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita ya no está disponible en el Ministerio de Salud Pública razón por la cual es difícil conocer sobre las prestaciones cubiertas a partir del 2007 hasta este entonces.

Gráfico 2: Niños y niñas cubiertos por la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, periodo 2002 – 2005



Fuente: León, 2006

Basándonos en datos publicados por Unicef en mayo 2007, el presupuesto asignado (codificado) al Programa de Maternidad Gratuita fue de \$22.4 millones de dólares, lo cual muestra una disminución considerable al año 2006 (Unicef, 2007: 12). En el 2008, según Ninfa León la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia contó con un presupuesto referencial de 23.7 millones de dólares. En este mismo año, la nueva Carta Magna del Ecuador: Constitución 2008, configura marcos jurídicos y operativos distintos para la salud en el Ecuador con respecto a la Constitución anterior (1998). La Constitución vigente precisa en el artículo 32 referido a la salud:

La salud es un derecho que garantiza el Estado [...]. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Constitución, 2008: artículo 32).

Es así, como a partir del año 2008 en el Ecuador se empieza a delinear un nuevo modelo de atención de salud, basado en el derecho a la salud y a la gratuidad universal en las prestaciones sanitarias en todas las unidades operativas públicas de salud en el país. En este sentido, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia está siendo debatida su pertinencia y vigencia legal dentro de este nuevo escenario y coyuntura política ecuatoriana (2014). En el 2009, el Programa de Maternidad Gratuita tuvo un aumento considerado en el presupuesto asignado (codificado) en ese año, el presupuesto fue de 29.1 millones de dólares. Lamentablemente, este valor fue disminuyendo en los años subsiguientes, por ejemplo, en el 2011 el presupuesto codificado fue de 6.8 millones de dólares (Unicef, et. al, 2011: 23).

Ahora bien, después de haber dado una visión panorámica del valor presupuestario transferido a la Unidad Ejecutora de la LMGAI por parte del Ministerio de Finanzas, y a su vez, la evolución en cuanto a beneficiarios y beneficiarios haremos referencia al proceso de creación y conformación de Comités de usuarias a nivel nacional.

Según consta en los registros del Consejo Nacional de Mujeres, hasta el mes de mayo 2003 se conformaron 57 CUS a nivel nacional, de los cuales 35 de esos empezaron a funcionar ejerciendo control y vigilancia a las unidades operativas públicas a su cargo, es decir, cumplieron con sus obligaciones y responsabilidades de veeduría ciudadana. En 9 cantones existían comités que estaban en proceso de conformarse, por ejemplo, Bolívar (1), Chimborazo (2), Esmeraldas (5) y Orellana (1). Tanto los comités que estaban en proceso de conformarse como los conformados requerían de algunos requisitos para poder funcionar normalmente, tales como: a) elecciones de personas que formen parte del CUS a nivel cantonal y, b) designación de presidente, secretario y vocales, y c) capacitaciones sobre responsabilidades y obligaciones de los CUS a cargo de la[s] promotoras de salud que trabajaban en las unidades operativas públicas de salud¹⁸. Después de concluir con estos requisitos (que podía llevarles meses e incluso años) los CUS podían funcionar sin ningún problema en cada cantón.

¹⁸ Las promotoras de salud eran contratadas antes de que se conformen Comités de usuarias. Estas promotoras tenían como responsabilidad convocar y organizar a la sociedad civil para que sepan de la existencia de dichos comités. Por tanto, su contratación no fue igual en todas las unidades operativas de salud del MSP.

Uno de los primeros Comités de usuarias en conformarse fue en Guayaquil, luego en Loja y en Cotopaxi (Abarca, entrevista, 2014). El comité de Guayaquil, por ejemplo, se conformó gracias al impulso de la Coordinadora política de mujeres junto con el CONAMU. El comité de Cotopaxi fue impulsado por el CONAMU a diferencia del comité de Loja el cual fue apoyado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2001). En estos casos la conformación y creación de comités de mujeres no estuvo mediado por la presencia de organizaciones de mujeres, lo cual se debe según lo expuesto por Ximena Abarca “a que en un inicio las organizaciones de mujeres no visualizaban la importancia de estas instancias como promotoras de transformación social” (Abarca, entrevista, 2014). Luego hasta mayo 2004 los Comités de usuarias lograron expandirse a nivel a nacional, a continuación unos ejemplos del funcionamiento de los mismos en diferentes provincias.

Cuadro 3: Comités de usuarias en proceso de conformación, creación y funcionando a nivel nacional, periodo 2003 - 2004

PROVINCIA	COMITÉS DE USUARIAS		
	EN PROCESO	CONFORMADOS	FUNCIONANDO
Azuay			2
Bolívar	1		
Cotopaxi			2
Chimborazo	2		8
Imbabura		6	
Loja		16	15
Pichincha		2	1
El Oro		8	
Esmeraldas	5		
Guayas			2
Manabí			2
Orellana	1	2	1
Pastaza		3	
Zamora		2	
Napo			2

Fuente: CONAMU, 2004

En resumen, la reforma a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia se articula en base a dos momentos concretos de la historia. El primero, debido a la presión de los sectores populares del Sur organizados a manera de comités de salud quienes

exigían que se cumpla lo dispuesto en la ley de 1994 en el Hospital del sur, Enrique Garcés. Lo cual incita a la Comisión de Salud y Ambiente del Congreso Nacional a proponer una reforma constitucional a esa ley. Segundo, la reforma a la LMG (1994) propuesta por la Comisión Legislativa de Salud, incluye entre otros temas, la creación y participación de una serie de actores sociales, nacionales, locales. Tal es el caso de Comités de usuarias, quienes emergen en el escenario público cuatro años posteriores a la creación de la LMG en 1994 mediante Registro Oficial No. 381 de 10 de agosto de 1998.

La ley del 98 plantea como responsabilidad del Estado ecuatoriano garantizar derechos de salud materno – infantil hacia grupos prioritarios como son mujeres e infantes menores de cinco años de edad a manera de beneficio social. Aquello lleva a pensar que la ley de 1998 sigue siendo un proyecto focalizado propio de la década de los 90 promovido desde el Estado durante procesos de modernización del aparato institucional y particularmente de las reformas en el sector salud llevada a delante con la colaboración técnica de OPS, debido a que es un programa dirigido específicamente a cierto grupo poblacional –mujeres y niños[as] menores de cinco años de edad-.

Una vez puesto en circulación el reglamento a la LMGAI (2002) se empieza a transferir fondos a la Unidad Ejecutora de la LMGAI con el propósito de cubrir las prestaciones dispuestas en la ley de 1998. Es así, como empieza a funcionar a nivel operativo, institucional y local la LMGAI en cuanto a prestaciones sanitarias. De igual manera, a partir del año 2002 da inicio el proceso de conformación y funcionamiento de Comités de usuarias a nivel nacional, obteniendo 35 comités operando a nivel cantonal. Sin embargo, faltaban por conformarse y funcionar 130 comités de usuarias en cada uno de los cantones a nivel provincial.

CAPÍTULO II

¿QUÉ TPO DE MECANISMO PARTICIPATIVO SON LOS COMITÉS DE USUARIAS?

El capítulo que a continuación se presenta tiene como objetivo general descubrir qué tipo de mecanismo participativo fueron los Comités de usuarias de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, puestos en escena a partir de la gran reforma hecha a Ley de Maternidad Gratuita del noventa y cuatro. Para lograr este objetivo se describirán las características particulares de este innovador dispositivo, retomando aportes de algunos autores, entre ellos: Archon Fung, Benjamín Goldfrank y Cecilia Schneider, y Yanina Welp.

El capítulo se estructura en tres apartados. Primero, se precisará que entendemos por innovación participativa para evitar posibles equívocos posteriores y comprender porque los CUS son instancias innovadoras de la gestión pública sanitaria. Segundo, se expondrá las características institucionales del dispositivo, las mismas que darán pistas para responder a la pregunta central del capítulo. Finalmente, se expondrán unas breves conclusiones.

2.1 Innovación participativa

La innovación participativa democrática (IPD) alude a los “nuevos dispositivos participativos” procedentes de estrategias renovadoras y/o transformadoras de la democracia representativa (Fung y Wright, 2003). Basándonos en Ramírez y Welp “se trata de un conjunto de dispositivos que van más allá del canon liberal que ha moldeado hasta hoy las instituciones de la democracia representativa en la región” (Ramírez y Welp, 2011: 14). Fung y Olin argumentan que éstas –IPD- rediseñan las instituciones democráticas existentes incorporando a la gente común y ordinaria a deliberar en las decisiones públicas con la finalidad de que lo discutido se convierta en acciones (Fung y Olin, 2003: 22-1).

Según Clelia Colombo la innovación participativa democrática no es más que el paso del sistema representativo tradicional hacia la democracia representativa con fuerte participación ciudadana, la cual promueve relaciones verticales con multiplicidad de actores que participan directamente en la toma de decisiones públicas mejorando la eficacia y eficiencia de la provisión de servicios e instituciones políticas (Colombo,

2006: 37-38). Ejemplos de este tipo de prácticas -participativas innovadoras- diseminadas en la región han sido múltiples y variadas, a manera de resumen podemos mencionar a los bien conocidos presupuestos participativos (PP) que operaron desde fines de la década de los noventa a nivel local en algunas ciudades de la región, tales como, Porto Alegre (Brasil), Buenos Aires (Argentina), Caracas (Venezuela), Montevideo (Uruguay) y otras experiencias reconocidas a nivel mundial –en países como Europa y América del Norte-. Para Blas e Ibarra los PP poseen tres elementos que los hacen innovadores (Blas e Ibarra, 2006: 13):

- Las decisiones adoptadas han sido vinculantes (gracias al compromiso del Ayuntamiento),
- El ámbito de trabajo eran los presupuesto en su integridad y,
- Todo el proceso estuvo dirigido por una perspectiva transformadora que buscaba favorecer a los débiles de la sociedad impulsando políticas socialistas de redistribución.

Lo interesante de estas nuevas prácticas radica en que gran parte del poder y funciones del Estado son traspasadas a diversos segmentos de la sociedad civil (Ramírez y Welp, 2011: 13). Además de ser espacios abiertos para el diálogo y la deliberación entre el Estado y la sociedad civil, “encaminándose a un modelo de mayor aproximación entre gobernantes y gobernados, participación ampliada de los sectores sociales [...]” (Coelho et al, 2010: 91). Esto implicaría un cambio cultural que permita que las personas comunes, ordinarias y populares se conviertan en “verdaderos ciudadanos, en sujetos políticos conscientes de sus derechos” (Goldfrank, 2007: 56). Buscan, a su vez, “mejorar la transparencia, reducir la corrupción y el clientelismo y atacar la pobreza” (Goldfrank, 2007: 56).

Así, “la interacción entre ciudadanos y políticos en el espacio local, en el barrio, en la comuna y en el territorio, aparece como un eje constitutivo del discurso y la práctica de la democracia participativa, y como parte de los mecanismos que configuran lazos de proximidad sobre los que se constituye el nuevo modelo de la política democrática” (Ramírez y Welp, 2011: 17).

Desde esa perspectiva, las IPD son un complemento o vía para mejorar la calidad de las instituciones representativas ya existente. (Goldfrank, 2007: 57; Coelho et al, 2010: 75). No es lo mismo “participar como elector en un referéndum que ocurre

sólo de forma excepcional que estar involucrado, de forma permanente, en el proceso de planeación, gestión y toma de decisiones [...]” (Coelho et al, 2010: 83).

En suma, “se trata de apuestas por la refundación del Estado y la democracia que han incluido a la participación directa de los ciudadanos y las organizaciones en el corazón de una definición ampliada de la soberanía popular” (Ramírez y Welp, 2011: 13).

Como hemos analizado anteriormente, hablar de innovación participativa alude a una vasta batería de autores, definiciones y concepciones. Para efectos de la presente tesis la autora define a la «innovación participativa» como aquellas formas nuevas de participación ciudadana diferentes a las electorales, en donde las personas de barrio, de la comunidad, del pueblo o de una localidad tienen la capacidad de incidir directamente en las decisiones públicas junto con autoridades estatales sobre un tema general o particular.

Este es el caso, de los Comités de usuarias promovidos por la Administración Pública – Consejo Nacional de Mujeres- mediante la gran reforma a la LMG hecha en el noventa y ocho. Si bien es cierto, esa reforma innovó la gestión pública sanitaria a nivel local, no alteró de forma radical el Sistema Nacional de Salud debido a que únicamente fue aplicable en un programa específico, como fue el caso de la LMGAI.

Los demás programas y proyectos liderados por el Ministerio de Salud Pública fueron evaluados, vigilados y controlados por ese ministerio, el cual hacía de juez y parte durante el proceso de rendición de cuentas de sus unidades operativas públicas de salud. El MSP operaba, por tanto, como una administración burocrática racional con autoridad suficiente para evaluar que la gestión pública sanitaria sea manejada según lo dispuesto en la normativa, leyes, reglamento y demás documentos legales de salud, etc.

Antiguas funcionarias del Ministerio de Salud Pública (MSP) recuerdan procesos de participación de las mujeres en campañas de salud, desde 1960. La participación de las mujeres era en las campañas de vacunación, de fumigaciones, desratización y limpieza. En la década de los setentas y ochentas, influenciados fuertemente por la Declaración de Alma-Ata, que planteaba que los servicios de salud podían hacer muy poco sino se tomaba en cuenta la participación social de las mujeres en salud y se crearon los clubes de madres que apoyaban al cumplimiento de actividades del Ministerio de Salud Pública.

En los noventa adquiere fuerza el concepto de planificación, y ya se mencionaba la participación social y se empieza a plasmar en varios programas el concepto de promoción de salud. Se buscaba que la sociedad estuviera informada y empoderada. Sin embargo, las relaciones entre el Estado y la población participante no se han dado en términos de colaboración igualitaria, sino en términos de funcionalización del Estado (Moreta, 2008: 5).

En rigor, los Comités de usuarias fueron espacios participativos promovidos desde arriba (top down) mediante la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (1998). Siendo el Ministerio de Salud Pública a través de la Unidad Ejecutora de la LMGAI “el responsable de la ejecución de la presente Ley” (LMG, 1994) A su vez, el Reglamento No. 2704 de la misma ley delimita aquellas responsabilidades y atribuciones de los comités a nivel nacional y local.

Estos espacios beneficiaron únicamente a ciertos sectores poblacionales, básicamente mujeres de escasos recursos quienes acudían constantemente a servicios públicos de salud. Fue una nueva forma de organización institucional parcial y fragmentada para controlar y evaluar la gestión pública sanitaria donde parte de las funciones estatales fueron traspasadas a las mujeres en calidad de beneficiarios del PMGAI (Ramírez y Welp, 2011: 13).

2.2 Características generales del Comité de usuarias

Entendemos por características institucionales a las reglas, procedimientos y pautas que permiten conocer el quién, cómo y cuándo participan las mujeres (Schneider y Welp, 2011: 23). Estas características varían dependiendo del autor, por ejemplo, según Archon Fung existen siete características que contribuyen a entender cómo funcionan los diseños participativos, a saber, 1) *quién?* referido a la selección de participantes y su forma de reclutarlos, 2) *qué?* sujeto y alcance de la deliberación, 3) *cómo?* el modo de deliberar, 4) *cuándo?* frecuencia de reuniones, 5) *por qué?* de la participación, 6) empoderamiento, y 7) monitoreo (Fung, 2003: 340-346).

Para Cecilia Schneider y Yanina Welp, las características institucionales hay que trabajarlas desde¹⁹:

¹⁹ Schneider y Welp (2011). *¿Transformación democrática o control político?*. Quito – Ecuador. Iconos. Revista de Ciencias Sociales. Núm. 40.

- 1) El quién referido al sujeto habilitante para participar (que puede ser el habitante de un distrito, las asociaciones y/o ciudadanos con derechos a voto),
- 2) El mecanismo por el que se establece esta participación (que puede ser abierto o voluntario, con exigencia de registro, electo por otros ciudadanos o nombrado por el gobierno),
- 3) El origen o proceso de activación de la institución participativa (el cuándo) varía según se encuentre altamente institucionalizado (regulado por normas locales o nacionales que establecen en qué circunstancias o frecuencia deben activarse), y
- 4) El tipo de participación puede ser pasiva (limitada a recibir información), consultiva, deliberativa o decisoria.

A parte de las características mencionadas, es importante retomar ciertas características – no todas- expuestas por Goldfrank y que contribuirán a reforzar el estudio de los diseños participativos: 1) *formales e informales* cuando el mecanismo participativo está regulado por ley, por decreto, por reglamento, entre otros, 2) *deliberativos* si los participantes discuten cara a cara con diversas autoridades –estatales- y, a su vez, poseen cierto poder de decisión sobre el proceso o política – cualquiera que sea, nacional, territorial y/o sectorial-, y 3) *reglas e información asequibles* para el público que desee obtener cualquier tipo de información (Goldfrank, 2007: 8).

De estas características generales, se puede observar que dos autores, tales como, Fung y, Schneider y Welp coinciden en el estudio del *quién, cuándo y cómo participan*. Los demás aspectos dependen del análisis de cada autor y de las particularidades que deseen abordar en sus estudios. Para efectos de esta tesis, la autora considera necesario retomar las siguientes características:

2.2.1 ¿Quién participa? Selección de participantes y reclutamiento.

Para Archon Fung, Cecilia Schneider y Yanina Welp la cuestión del quién participa, puede estar visto desde diferentes aspectos. Para el primer autor, la participación puede ser voluntaria y abierta para todas aquellas personas quienes tengan el interés y el tiempo suficiente para hacerlo. Además de estar conformados según ubicación, demografía, territorio, etc. A parte de ser voluntaria la participación, otra forma de convocar puede ser mediante la publicidad – por medios de comunicación, impresos, digitales- que reclute a un número mayor de personas para que formen parte de un espacio participativo.

En el caso particular de las autoras, el quien está referido al sujeto habilitante para participar, por ejemplo: “a) todos los habitantes y/o las organizaciones de la sociedad civil, b) los ciudadanos y/o asociaciones electos por la ciudadanía o designados, y 3) todos los ciudadanos con derecho a voto” (Schneider y Welp, 2011: 24). Lo interesante de esta tipología radica en que cada forma de participar – a, b o c- corresponde a un tipo específico de mecanismo participativo pudiendo ser: deliberativa, semi-representativa y directa. Este punto será ampliado más adelante. El artículo 10 del Reglamento a la LMGAI indica:

Se establecerá un Comité de Usuarías por cantón, que contará con representación de sus parroquias.

El Comité de Usuarías estará conformado por un mínimo de cinco y máximo de nueve miembros, preferentemente integrado por mujeres, en calidad de beneficiarias del programa. Dicho comité contará con un Presidente, un Secretario y siete vocales, elegidos democráticamente mediante amplia convocatoria en el ámbito cantonal

Las actividades de los integrantes de los Comités de Usuarios serán ad-honorem. (RLMGAI; 2002: artículo 10).

De acuerdo con este artículo, los Comités de usuarias son representativos a nivel cantonal, es decir, deberá conformarse uno por cantón. En el 2008, la organización política y administrativa del Ecuador estaba conformada por cantones, los cuales eran divisiones administrativas de segundo nivel pertenecientes a cada una de las 24 provincias del Ecuador. En total, hubo 221 cantones a nivel nacional, de ahí que únicamente se conformaron 165 Comités de usuarias según consta en los registros del Consejo Nacional de Mujeres²⁰. En término cualitativos se sabe según el estudio realizado por Dobrah en el 2008 que el 60% de estos CUS estuvieron registrados en el CONAMU por un año o más²¹.

Sin embargo, el CONAMU no tenía registrados a cinco CUS que se formaron en las provincias de: Cañar, Los Ríos, Morona Santiago, Tungurahua y Zamora. En suma, hubo 170 comités entre registrados y no registrados²². Tras la creación de estos comités, ni el gobierno nacional, ni el Ministerio de Salud Pública transfirieron recursos financieros para su funcionamiento y mantenimiento.

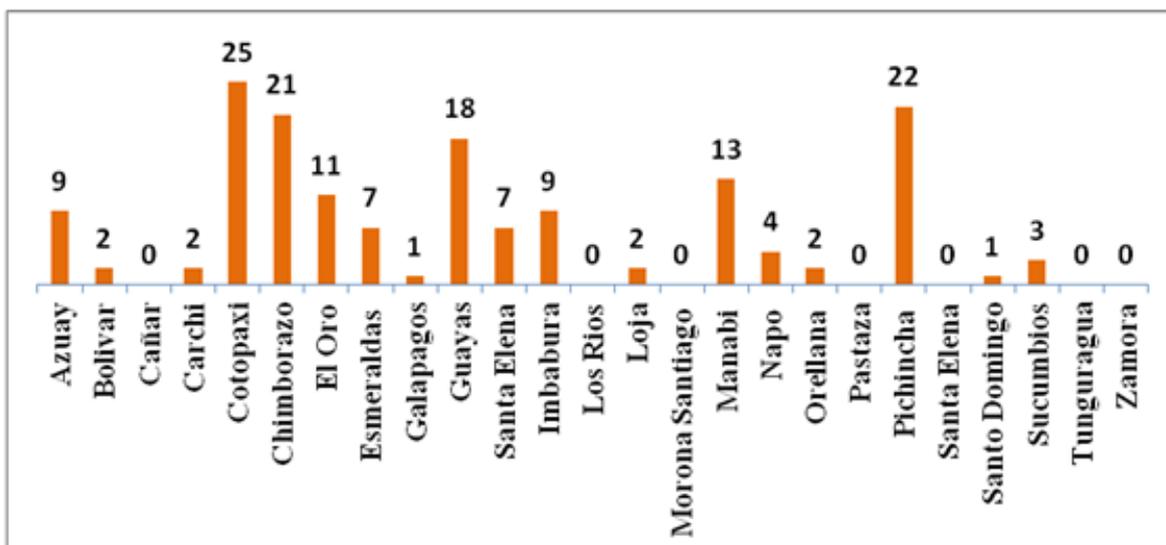
²⁰ Dobrah, Sara (2008). “Perfil de los Comités de Usuarios/as y sus experiencias en veeduría de la Ley de Maternidad Gratuita”. Quito – Ecuador.

²¹ *Ibíd.* 20.

²² *Ibíd.* 21.

A continuación se muestra el número de Comités de usuarias desagregado por provincias:

Gráfico 3: Comités de Usuarias registradas en el CONAMU a nivel nacional



Fuente: Dobra, 2008

Elaboración: Autora

A pesar que el reglamento es claro en mencionar que debe existir un CUS por cantón, la realidad era otra. En algunos lugares, por ejemplo, en la provincia de Pichincha se registraron 22 comités a pesar que sólo había 9 cantones. Lo mismo pasó en la provincia de Cotopaxi en donde se registraron 25 comités y había 7 cantones. Otras provincias con iguales resultados son: Imbabura y Chimborazo. Una posible explicación radica en que básicamente la conformación de esos comités estuvo dado “por cercanía geográfica o por conveniencia” (Dobra, 2008: 15-16).

Por ejemplo en Pichincha, que tiene nueve cantones, hay más de 22 CUS registrados, y la mayoría de ellos en Quito, mientras que hay solamente un CUS en toda la provincia de Santo Domingo. Sin embargo, según este estudio, casi el 70 % de los CUS están organizados por cantón mientras que casi el 30 % están organizados por su comunidad. Había un CUS en Pastaza organizado a nivel provincial (Dobra, 2008:17).

Refiriéndonos a los sujetos habilitados para participar, los Comités de usuarias son espacios abiertos en donde la participación es libre y voluntaria para todas aquellas

mujeres que deseen. No eran electas por el Estado o la Administración Pública Sanitaria sino por amplia convocatoria a nivel nacional. Esto puede ser visto como una forma de reclutar aspirantes, quienes fueron elegidas por las mismas mujeres del cantón. En esta selección de aspirantes, quedaban por fuera personas –hombres y mujeres- que trabajaban en: a) Área de salud y/o hospital, b) Dirección Provincial de Salud, c) Comité de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud, d) Unidad Ejecutora, e) Municipios, y f) CONAMU.

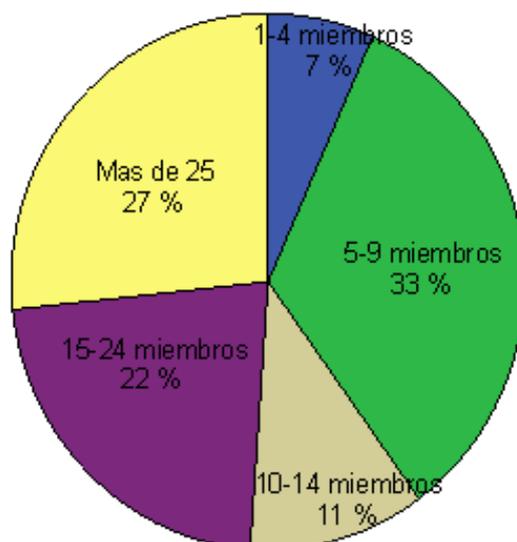
Las mujeres electas para formar parte de los CUS, podían a su vez, participar en otras organizaciones comunitarias. Esto tal vez estuvo relacionado a que su participación en las diferentes actividades era ad-honoren. El 82.2% de comités contó con mujeres que efectivamente participaban en otras organizaciones comunitarias (Dobrah, 2008: 3), lastimosamente por falta de información no conocemos exactamente en cuales otras. En concreto, las mujeres no recibían algún tipo de incentivo o beneficio –económico, social, laboral- por el trabajo realizado dentro del comité sino requería tiempo y dedicación para cumplir con las actividades determinadas en el artículo 2. De lo cual se puede inferir que quienes participaban en algún comité guardaban un interés personal y social de que el servicio público de salud cumpla con lo dispuesto en la ley.

El artículo 10 menciona también sobre los integrantes del comité: mínimo 5 y máximo 9 representantes. En general el hecho que sea un número impar debe ser precisamente a que haya un voto dirimente, lo que no detalla el reglamento es si alguno de sus miembros –presidente, secretario y/o vocales- tiene mayor peso y poder dentro del comité. Basándonos en los resultados del estudio de Dobrah se sabe que el 49% de CUS tuvieron más de 15 miembros, el 7% de 1 a 4 y el 11% de 11 a 14 miembros.

Solamente, el 33% respetan el número de integrantes puesto en el artículo 10. Las razones pueden ser a que cada comité fue autónomo y su estructura interna fue conformado de manera independiente que la norma, más por conveniencia, interés de participación de un número mayor de personas, distribuirse mejor los tiempos de trabajo, entre otros.

De estos datos generales sobre los miembros del CUS, el 81.1% tuvieron representantes indígenas o afro-ecuatorianos, lo cual es un porcentaje elevado que guarda relación con aquellos cantones con presencia de población indígena y afro-ecuatorianos..

Gráfico 4: Miembros que forman parte de Comités de Usuarias a nivel nacional



Fuente: Dobra, 2008

En algunos casos los CUS estaban conformados por: presidente, vicepresidente, secretario[a], vocales y demás miembros. En su gran mayoría tenían presidente[a] (71.1%), el cargo de vicepresidente y secretario[a] lo ocupaban solamente un 2.2%, el cargo de vocales era 11%, y finalmente un 13% lo ocupaban otros miembros del CUS. De esta muestra general, los comités entrevistados por Dobra mencionaron la participación de hombres en un 26.7% (preferentemente esposos de integrantes de estos comités).

En rigor, la respuesta al *quién participa* evidencia que fueron espacios participativos donde confluó únicamente la sociedad civil, es por tanto, un dispositivo societal compuesto por mujeres de barrio, de comunidad, de organizaciones y asociaciones. Es una participación plural y heterogénea con mujeres indígenas, afro, mestizas pero por lo general mujeres pobres con afluencia a servicios públicos de salud del MSP. A su vez, son instancias que guardan democracia representativa y participativa.

2.2.2 ¿Cuándo? Frecuencia de las reuniones

El cuándo para Archon Fung está relacionado con la frecuencia en que un dispositivo se reúne o convoca para discutir o debatir sobre un tema particular y/o general. Según este autor, la premisa: a más reuniones más efectiva es la participación no es

generalizable a todos los espacios participativos porque depende del propósito y objetivo de la participación. Por ejemplo, en el caso particular de foros –educativos, académicos, etc.- con una reunión es suficiente ya que durante el desarrollo de la misma se debate constantemente, y al final los participantes concluyen con propuesta[s] del tema abordado.

Al contrario tenemos espacios participativos que pretenden resolver algún aspecto de la esfera pública. En esos casos es mejor reunirse con mayor frecuencia ya que las decisiones adoptadas deben actualizarse constantemente (Fung, 2003: 345). Por ejemplo, los dispositivos que tienen como finalidad monitorear, controlar y vigilar el cumplimiento de una política pública en particular.

Desde el punto de vista de las autoras Cecilia Schneider y Yanina Welp, el cuándo se relaciona con el origen o proceso de activación de la institución participativa pudiendo ser: regulado por normas locales o nacionales o por la propia ciudadanía (Schneider y Welp, 2011: 23). Es así, que la participación puede ser abierta desde arriba (top down), desde el Estado, desde la Administración pública o desde abajo (bottom up), es decir, desde la propia ciudadanía quienes se organizan y deciden autoconvocarse.

Precisando el cuándo deben funcionar los Comités de usuarias, el artículo 12 indica “el Comité se reunirá de manera ordinaria cada mes, y extraordinariamente de acuerdo al pedido de al menos dos de sus miembros. El Comité aprobará sus resoluciones por mayoría simple y elaborará actas por cada reunión” (RLMGAI, 2002: artículo 12).

Lo interesante de este dispositivo radica en que pudieron ser abiertos desde arriba o desde abajo. El reglamento dispone efectuarse una reunión cada mes pero sus miembros pudieron auto convocarse por el pedido de al menos dos de ellos. En rigor, es una instancia con una doble apertura, por un lado formalizada por norma y, por otro lado, activado por los propios miembros. De la muestra nacional (165) se observa que alrededor del 80% de comités se reúnen periódicamente cada mes, lo cual significa que cumplieron con la normativa. El 13% reporta haberse reunido hace 2 y 5 meses, el 4% hace más de 6 meses y únicamente el 2% hace más de un año.

Gráfico 5: Frecuencia de reuniones de los Comités de usuarias



Fuente: Dobra, 2008

Lastimosamente, por falta de información de primera fuente no conocemos si aquellos CUS que se reunieron periódicamente cumplieron con las actividades detalladas en el artículo 11 del reglamento y, viceversa aquellos que se reunieron pocas veces ósea hace más de seis meses no las cumplieron. Sin embargo, podemos inferir que si existe una relación directa entre nivel de cumplimiento y frecuencia de reuniones, precisamente a que hay actividades que deben ser ejecutadas mensualmente y trimestralmente. Tal es el caso de los siguientes literales (RLMGAI, 2002: artículo 11):

- b) Identificar y priorizar las necesidades y aspiraciones comunitarias;
- c) Participar en la evaluación local de actividades, conjuntamente con las unidades operativas;
- f) Elaborar un informe trimestral sobre la calidad de atención de los servicios de salud que será presentado al Comité de Gestión del Fondo Solidario Local, para canalizar las demandas y los incentivos a las unidades ejecutoras; y
- g) Notificar a las unidades operativas casos de muerte materna e infantil que se presenten en su comunidad.

Del cumplimiento de estas actividades (c, f y g) se puede deducir que las mujeres a través de los comités locales de salud controlaban y vigilaban la calidad de la atención de los servicios públicos de salud, así como también, reportar casos de muerte materna e infantil en su comunidad. Se relacionaban directamente con la comunidad al canalizar demandas sociales provenientes de las mismas, y con unidades operativas en la

evaluación local. De tal manera que su incidencia e intermediación –estatal y social- pudo mejorar la calidad de los servicios de salud.

En suma, el número de reuniones –legales o “ilegales”- afecta directamente el nivel de cumplimiento de las diferentes actividades relacionadas esencialmente con la mejora del servicio público. Un punto no considerado, es que la ejecución de esas actividades requirió tiempo y recursos. El tiempo, es un factor limitante en ciertos casos en donde la participación de las mujeres interactuaba con otras actividades diarias, laborales, de casa, etc. Por ejemplo, los datos del estudio realizado por Dobra (2008) indican que un porcentaje mayor de integrantes de comités (66.7%) dedicaban aproximadamente 15 horas o más al desarrollo de las actividades (al mes). En un porcentaje menor de comités (11.1%) dedican entre 4 y 14 horas al mes.

2.2.3 Formal e informal

Benjamín Goldfrank denomina procesos informales y abiertos aquellos que “permiten la participación de individuos o grupos sin dar privilegios a organizaciones ya existentes, y que pueda ser modificada por los mismos participantes” (Goldfrank, 2006), y son formales aquellos que están formalizados por ley. La finalidad de estos últimos es que los procesos participativos no sean influenciados por políticos, partidos políticos o por las mismas personas del Ministerio de Salud Pública, sino más bien, que cuenten con la representación de actores sociales importantes (Goldfrank, 2006).

Los Comités de usuarias son procesos participativos formalizados por ley siendo la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (1998) la que los pone en circulación, y después el reglamento No. 2704 delimita su accionar y campo de acción. Poseen reglas claras y no modificables a voluntad de: sociedad civil, políticos y administradores públicos. Estos comités al ser abiertos a la participación de la sociedad civil contaron con representantes especialmente mujeres mestizas, indígenas o afro ecuatorianas independientemente que formen parte de otras organizaciones de mujeres, barriales, comunales, etc. De ahí que el 82.2 % de integrantes de comités participaban en otras organizaciones o actividades comunitarias (Dobra, 2008: 33).

Este dato, es interesante de ser analizado debido a que las mujeres que participaron en comités tenían una experiencia previa en otras organizaciones, lo cual pudo darle mayor impulso y fuerza en cuanto a empoderamiento, vinculación y

promoción de actividades sobre derechos sexuales y reproductivos. Primero, porque pudieron ser mujeres competentes y lideresas de esa comunidad. Segundo, fueron mujeres conocidas por la mayoría de personas y, tercero, son buenas conocedoras de los problemas que aqueja en su territorio.

2.2.4 Información asequible

Este punto está relacionado con aquella información disponible y de fácil difusión para la ciudadanía en general, especialmente para mujeres integrantes de Comités de usuarias. Para esto se requirió:

- Información sobre maternidad gratuita que esté abierta al público en general, especialmente para mujeres integrantes de Comités de usuarias.
- Relaciones cara a cara con director[a] de establecimientos de salud debido a que este es quien autoriza la entrega de información.
- Personal que trabaja en el establecimiento de salud (médicos, guardias, enfermeras, etc.) quienes permitían ingresar a mujeres para que evalúen la atención médica y/o hospitalaria.

Si estos tres aspectos funcionaron correctamente, era factible que las mujeres cumplan con sus actividades de: control y vigilancia de lo estipulado en la LMGAI. Y a su vez, ser veedoras de la gestión pública sanitaria a nivel local.

El artículo 11 del reglamento a la ley estipula que el Comité de usuarias tiene como función: “Acceder a la información relativa a las prestaciones de salud” (RLMGAI, 2002; artículo 11). Ante la ley, las mujeres estaban respaldadas para obtener toda clase de información referente a maternidad gratuita en los diversos establecimientos públicos de salud, por ejemplo, información en el uso y gasto de recursos económicos, cobros efectuados a mujeres y/o infantes, atención médica, entrega de medicamentos, entre otros. Ahora bien a nivel local, las mujeres tenían ciertos inconvenientes para ingresar a las unidades operativas debido a que su ingreso dependía en gran medida del director[a] de la unidad de salud.

Basándonos en Ninfa León, se sabe que el acceso a la “información económica fue regular durante ciertos períodos de gestión de la Unidad Ejecutora puesto que los

CUS recibían copia de las transferencias económicas que se hacían a las Áreas de Salud y Hospitales, lo que facilitaba su papel de control a nivel local” (León, entrevista, 2014).

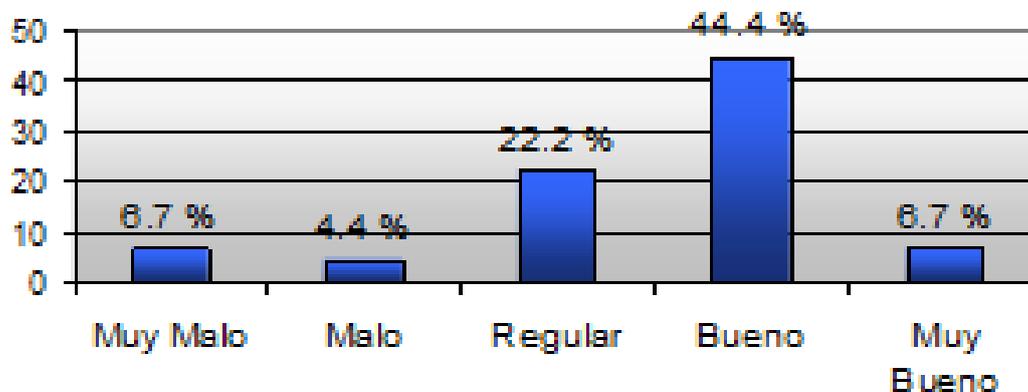
De manera general, la relación entre el Comité de usuarias y la unidad operativa de salud era buena y muy buena, lo cual implica que ingresaron sin mayor dificultad. El 51.1% de CUS reportaron que la UO les dejó ingresar sin problema –en el día y hora que quisieron- para hacer veeduría de la LMGAI. El 22.2% entraban pero con dificultad debido a que el personal -médicos y directores- les restringían el acceso. Y finalmente, un 6.7% de estos no pudieron hacer procesos de veeduría y control social en su establecimiento de salud.

En las entrevistas de profundidad respecto a este tema, las mujeres comentaron que les costaba entrar para empezar a hacer veeduría, pero el entablar relaciones con los proveedores de salud y con otras alianzas estratégicas les ha ayudado a entrar. En muchos casos es el personal del hospital (guardias, personal administrativo, etc.) el que les hace más caso, esto en relación con los directores del hospital, doctores, etc. (Dobra, 2008: 22).

De la apertura del establecimiento de salud a Comités de usuarias, podemos mencionar:

- Más de la mitad de comités generaron espacios de diálogo con unidades operativas a su cargo. Es decir, hubo encuentros cara a cara con autoridades sanitarias estatales –a nivel directivo- que permitió que las mujeres se empoderen del tema –derechos sexuales y reproductivos- y busquen mejoras a nivel de la gestión sanitaria.
- Realizaron veeduría ciudadana dentro de la UO a mujeres que acudieron en calidad de pacientes. De ahí que el 86.7% de esos realizaron efectivamente veeduría, y un porcentaje menor equivalente al 13.3% no lo hicieron.

Gráfico 6: Relación entre el CUS y la Unidad Operativa de Salud



Fuente: Dobra, 2008

De estos datos podemos inferir que aquellos comités que mantuvieron buenas relaciones con autoridades sanitarias locales, pudieron incidir favorablemente en la mejora de la gestión pública. Es decir, que el establecimiento de salud tomó en cuenta sus sugerencias y recomendaciones derivadas de su intervención en el mismo. La mayoría de comités (62.2%) opinaron lo mencionado. El 15.6% afirma que a veces se tomó en cuenta sus sugerencias, y únicamente un 4.4% opinó que el hospital y/o centro de salud no tomó en cuenta los resultados de la veeduría.

2.2.5 Tipo de participación

La literatura entiende que hay diversos tipos de prácticas y mecanismos participativos en la esfera pública. Arnstein (1969) propuso una escala de participación que abarca mecanismos: informativos, comunicativos, consultivos, deliberativos y de decisión. (Parés, 2009: 15-1). Cecilia Schneider y Yanina Welp consideran que existen mecanismos participativos de tipo: pasivos, consultivos y deliberativos (Schneider y Welp, 2011: 23). Marc Parés utiliza solamente los tres últimos tipos propuestos por Arnstein – consultivos, deliberativos y de decisión- argumentando que los dos primeros –informativos y comunicativos- generan relaciones unidireccionales entre la administración y los ciudadanos. Y la intención de abrir los espacios participativos es establecer una relación cara a cara –bidireccional- entre los diversos actores que participan.

De aquí que los procesos participativos tengan como finalidad crear espacios transformadores en lo social, en lo político, en lo personal o bien en los tres aspectos. (Blas e Ibarra, 2006: 5). En este sentido, para los autores (Parés, Schneider y Welp, Blas e Ibarra) el impulso de alguna[s] prácticas participativas permiten ubicar distintos grados de intensidad y empoderamiento de los ciudadanos en el espacio político.

Los Comités de usuarias a nivel formal tuvieron dos tipos de mecanismos participativos en el espacio público sanitario, tales como: informativos y deliberativos. El artículo 11 del reglamento a la LMGAI menciona que los comités pueden “acceder a la información relativa a las prestaciones de salud” (RLMGAI, 2002: artículo 11, literal a). Y el mismo artículo, literal c señala: los comités participarán “en la evaluación local de actividades, conjuntamente con las unidades operativas” (RLMGAI, 2002: artículo 11, literal c). Lo cual según, Isunza Vera es requisito fundamental que los actores sociales estén siempre informados y cuenten con “mecanismos claros para acceder a la información pública” (Isunza, 2006: 273).

En definitiva los CUS fueron mecanismos de participación ciudadana con doble entrada. Por un lado, informativos limitados a recibir información del establecimiento de salud, y por el otro deliberativos, con poder y capacidad de reunirse *face to face* con autoridades estatales locales para denunciar, socializar, coordinar casos de maltrato, negligencia, y más situaciones que van en contra de la LMGAI. De aquí que el 24.4% de comités se reunieron para discutir sobre resultados de su veeduría con Directores provinciales, Directores de Unidades Operativas, Unidad Ejecutora, Comité de Apoyo y Seguimiento y/o Comité de Gestión.

En rigor, el rol de esos comités fue más de decisión que de consulta debido a que se sentaban en la mesa a dialogar, consensuar y conversar, lo cual implica deliberación y toma de decisiones sobre salud sexual y reproductiva.

2.2.6 Conclusiones

Los Comités de usuarias funcionaron como micro gobiernos locales participativos conformados alrededor de una política específica: LMGAI. Se expandieron rápidamente a partir del 2002 dando como resultado la creación de 170 Comités de usuarias a nivel nacional. De ahí que 165 de esos estuvieron registrados en el CONAMU y 5 no, lo cual equivale al 77% de la muestra cantonal nacional (221). Sin embargo, hay que

considerar aquellas provincias en donde se conformó más de un comité a pesar de tener un solo cantón, por ejemplo, Pichincha.

Los CUS son dispositivos que abrieron espacios para la interacción entre servicios públicos de salud y mujeres –generalmente pobres- quienes acudían a servicios públicos de salud. Además poseen características positivas que los hace interesantes de abordar, tales como: abierto, plural y heterogéneo a todas aquellas personas que deseen participar –hombres y mujeres- indígenas, mestizas, líderes y lideresas comunitarias, etc.; cerrado únicamente a la participación de la sociedad civil quedando fuera la intervención de partidos políticos y autoridades locales; semi-representativo ya que las integrantes de esos CUS eran regularmente mujeres elegidas o designadas por la ciudadanía local mediante amplia convocatoria local. Para Schneider y Welp este tipo de participación al igual que la directa son más activas y reactivas, y las decisiones adoptadas son vinculantes, a diferencia del modelo deliberativo, el cual es más consultivo (Schneider y Welp, 2011: 24).

Finalmente, tanto a nivel de la norma como a nivel práctico los Comités de usuarias fueron un dispositivo de participación ciudadana fuerte ya que lograron que las mujeres de barrio intervengan desde fuera – sin ser parte del establecimiento de salud- en los servicios públicos de salud en el control y seguimiento de la ejecución y aplicación de la LMGAI. Sin embargo, como hemos analizado durante este capítulo el flujo con el Sistema Nacional de Salud fue problemático debido a que en algunas ocasiones los médicos, personal administrativo, entre otros, no les dejaron entrar con facilidad para cumplir con sus actividades.

CAPÍTULO III

FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE USUARIAS DEL COMITÉ DEL PUEBLO (CP)

El capítulo que se presenta a continuación tiene como objetivo estudiar a profundidad el funcionamiento del Comité de usuarias que se conformó alrededor del Área de Salud No. 9 en el Comité del Pueblo. Tal capítulo tiene la finalidad de explorar si efectivamente este dispositivo puede ser considerado como un caso de “participación ciudadana con poder de decisión” que, en los términos de Fung y Olin hace referencia a un conjunto de prácticas ancladas a la participación de la ciudadanía quienes con su accionar e involucramiento contribuyen a mejorar la gestión de los servicios públicos en su localidad o lugar de residencia, y amplían el espacio de incidencia ciudadana en el ámbito de la política pública. Se pretende también, a través del estudio de caso, evidenciar si este comité contribuyó a que buena parte del poder de decisión sobre salud materna e infantil se desplace hacia las ciudadanas mujeres habitantes de una parroquia del norte de la ciudad de Quito, conocida como Comité del Pueblo.

El capítulo está estructurado en dos apartados. En el primer apartado, se caracterizará la parroquia Comité del Pueblo con el propósito de exponer algunos antecedentes históricos, organizativos y estructurales que permitan entender modos de funcionamiento barrial.

Posteriormente, se reconstruirá el proceso participativo del Comité de usuarias del Comité del Pueblo a través del material recabado en el trabajo de campo y de las entrevistas efectuadas a diversas integrantes de dicho comité. Ello ayudará a comprender lógicas de organización y coordinación interna, participación ciudadana, procesos de veeduría y control social a nivel local, entre otros. El segundo apartado, por el contrario, retoma los aportes de Fung y Olin sobre Gobierno Participativo con Poder de Decisión para mostrar si teoría y práctica se corresponden con el caso de estudio específicamente. Finalmente, se presentarán las conclusiones del estudio de caso efectuado alrededor de este innovador dispositivo participativo.

3.1 Caracterización de la parroquia Comité del Pueblo

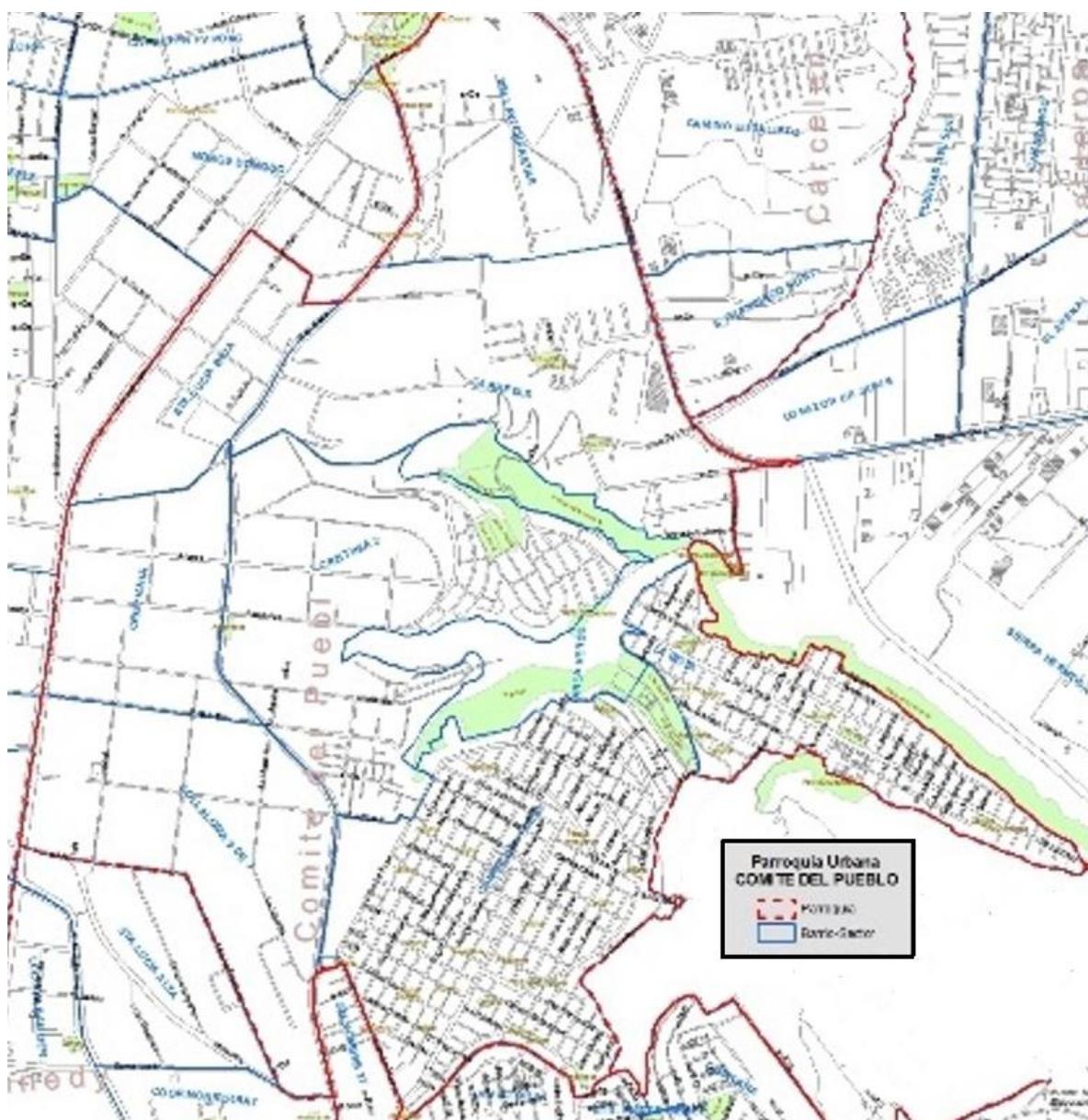
El Comité de usuarias del Comité del Pueblo conformado alrededor del Área de Salud No. 9, es un caso emblemático de gestión local participativa sanitaria en el Ecuador. El Comité del Pueblo “nació de una acción popular de invasión de tierras y de un plan de ocupación diseñado por arquitectos militantes deseosos de ayudar a la gente sin techo para que hicieran valer su derecho a la ciudad” (Maximy y Peyronnie, 2000: 173). Desde su origen se empieza a conformar un tejido social fuerte con la participación activa de la misma gente del barrio. Es así, según cuentan Maximy y Peyronnie, incluso las calles fueron pavimentadas por parte de los propios habitantes a través de una minga. (Maximy y Peyronnie, 2000: 173).

Situado muy al Norte de Quito, y durante los primeros quince años de su existencia al margen, debido a la terminación de la construcción de la avenida Eloy Alfaro y de la vía perimetral Norte, este barrio se encuentra actualmente bien integrado a la ciudad (Ibíd. 173).

De esta manera, esta parroquia popular del norte de la ciudad, ubicada al nororiente de Quito, perteneciente a la provincia de Pichincha ha sido un ejemplo de organización y asociación interna barrial en bien de contribuir a mejorar la situación del barrio.

Hoy en día, el Comité del Pueblo es una de las parroquias urbanas más tradicionales y antiguas de Quito, en la cual se aglomeran una gran cantidad de barrios de clase media baja más grande del norte de la ciudad. Se asienta en el Distrito Metropolitano de Quito (DMQ), formando parte de la Administración Zonal La Delicia o Equinoccial junto con nueve parroquias, 5 urbanas y 4 rurales o suburbanas. “Las parroquias urbanas son: Carcelén, El Condado, Comité del Pueblo, Cotocollao y Ponceano, mientras que las suburbanas son Calacalí, Nono, Pomasqui y San Antonio de Pichincha” (Proyecto Salud de Altura, 2006: 28). EL Comité del Pueblo es la segunda parroquia más pequeña de esta administración, antecediéndole la parroquia de Cotocollao (275km). Abarca un territorio de 549.6 km, que representa el 0.89% de la extensión total de dicha administración (Administración Zonal la Delicia).

Gráfico 7: Mapa de la parroquia Comité del Pueblo



Fuente: Google Maps. Disponible en:
<https://www.google.com.ec/maps/place/Comit%C3%A9+del+Pueblo,+Quito/@-0.1204534,-78.4594328,15z/data=!3m1!4b1!4m2!3m1!1s0x91d58f8e4fc1cd57:0xfc483a9d6413106d>,
Visitado mayo, 14, 2014.

Su población, según el Censo 2010, es de 46.932 habitantes, 23.076 hombres y 23.856 mujeres. Existe además diversidad étnica con predominio de población mestiza con el 89.3%, le sigue la población afro-ecuatoriana correspondiente al 7.46% del total de la población en general (3.502 habitantes), pero también, con importante presencia de

población indígena con el 3.24% (1.520 hab.). La tasa de crecimiento demográfico en el periodo 2001 – 2010 corresponde al 2.6%.

El Comité del Pueblo es además una parroquia joven ya que la población de 19-35 años de edad representa el 32.26% de la población total, le sigue la población adulta de entre 36 y 64 años que representa el 25.54% del total.

Otra de las características sociales de la población, que atañe cuestiones de salud pública, tiene que ver con mortalidad general e infantil. La tasa de mortalidad general por 1000 habitantes es de 4.3%, cifra alta en comparación a otras parroquias con mayor número de habitantes. Por ejemplo, el Condado tiene 86.094 habitantes y la tasa de mortalidad general asciende a 3.6%. La mortalidad infantil de niños menores de un año alcanza el 20.6 por mil, y la natalidad es del 28.5% por cada mil habitantes, cifra alta en comparación con la tasa total de la administración general 23.2%.

Una vez caracterizada a manera sucinta la parroquia del Comité del Pueblo, en donde opera este novedoso dispositivo participativo, Comité de usuarias, a continuación se reconstruye el proceso participativo que dio origen a este comité, y también, aquellos elementos que contribuyeron a su conformación y despliegue en el espacio micro-local.

3.2 Proceso participativo del Comité de Usuarias del Comité del Pueblo

La experiencia participativa del Comité de usuarias en esta parroquia tradicional del norte de la ciudad de Quito posee ciertas características que lo hace interesante de estudiar y que no son las mismas de otros comités en cuanto a conformación, periodo y desarrollo. Para comprender su proceso participativo es imprescindible indagar tres momentos claves en su historia tras su creación:

- a) **El origen de la promoción participativa sanitaria.-** Los inicios de los procesos participativos en relación a la maternidad gratuita pueden ser analizados a partir de tres grandes hechos. El primero, la convocatoria efectuada desde la Autoridad Sanitaria Nacional, Ministerio de Salud Pública, a todas sus unidades operativas (Áreas de Salud y/o Hospitales) para que se conformen CUS a nivel local. El segundo, la conformación de asambleas barriales con amplia participación de todos los habitantes de la parroquia del Comité del Pueblo para designar integrantes (presidentes y

secretarios) que participen en el comité de salud y Comité de usuarias de la parroquia Comité del Pueblo. El tercero, las elecciones de autoridades del comité de salud únicamente, debido a que dichas autoridades pasarían a ser integrantes directos del CUS.

- b) **La puesta en marcha de las instituciones locales participativas.-** Como vimos en el literal anterior, fueron dos. Por un lado, se creó a partir de 2008 comités de salud encargados de tratar temas globales que afectaban a los barrios pertenecientes a la parroquia del Comité del Pueblo. Y, por otro lado, en el mismo año Comité de usuarias responsables de vigilar y controlar al Área de Salud en lo referente a la aplicación de la LMGAI, específicamente temas de salud materno – infantil.
- c) **La creación de las capacidades locales participativas.-** A partir del 2008 comenzó un proceso de formación y capacitación a las integrantes del CUS a cargo de la promotora de salud del Área 9 “Comité del Pueblo” sobre la LMGAI (sus roles, obligaciones y responsabilidades), y su posterior empoderamiento desde el 2009 de las “usuarias de a pie” -retomando el término puesto por Ninfa León a las mujeres de los CUS- para vigilar y controlar que la unidad operativa pública de salud cumpla con la ley en la parroquia-.

Dada una visión general de los tres momentos (a, b y c) que formaron parte del proceso participativo de creación del Comité de usuarias del Comité del Pueblo, a continuación se profundizará en mayor detalle los mismos.

3.2.1 El origen de la promoción sanitaria participativa del Comité del Pueblo

Como punto de partida, la Unidad Ejecutora de la LMGAI adscrita al Ministerio de Salud Pública dispone a todos los establecimientos públicos de salud que son parte del Sistema Nacional de Salud a cumplir con la LMGAI (1998). Este cumplimiento implica entre otras cosas (creación de Comités de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud, Comité de Apoyo y Seguimiento, etc.) la creación y conformación de Comités de usuarias en Áreas y/o Hospitales de salud a nivel nacional. Siendo este el mecanismo

legal que permitió abrir espacios para la participación directa de la ciudadanía, especialmente a mujeres en calidad de beneficiarias, para que controlen y vigilen que en su lugar de residencia se cumpla con lo dispuesto en la ley y su reglamento.

Los Comités de usuarias fueron precisamente el mecanismo a través del cual se daba el primer vínculo con la comunidad para evidenciar que tanto las medicinas sean gratuitas como el trato del personal de salud quienes operaban en diversas áreas de salud y/o hospitales actúen según la Ley de Maternidad Gratuita (Soto, entrevista, 2014)²³.

Entonces, para cumplir con la disposición del nivel central, el director del Área de Salud No. 9 Comité del Pueblo contrata a la Dra. Figueroa en el 2008 como promotora de salud (PS) del área, con la responsabilidad de conformar el CUS del CDP. La Dra. Figueroa empieza en un primer momento aglutinando a todos aquellos líderes [as] barriales que operaban en los diferentes barrios del Comité del Pueblo para comentarles la disposición enviada desde la Planta Central del MSP, y proponerles conformar el Comité de usuarias del área (Soto, entrevista, 2014).

Para esto, la promotora de salud y los líderes barriales deciden: 1) Crear comités de salud en cada uno de los 19 barrios que forman parte del barrio Comité del Pueblo, y 2) Un Comité de usuarias con los representantes de cada CS. Los comités de salud se crearon con la finalidad de tener una instancia local abierta desde la propia ciudadanía y el área de salud responsables de abordar temas generales que afectaban a los habitantes del barrio del Comité del Pueblo, pudiendo ser: violencia, robos, secuestros, limpieza del barrio, es decir, todos aquellos problemas que afectaban la paz, tranquilidad y la seguridad de cada uno de los 19 barrios que pertenecían a la parroquia del Comité del Pueblo. Los comités de salud se convierten por tanto, en mecanismos informales de participación ciudadana no estipulados en ninguna parte de la LMGAI (1998) pero con el mismo peso e importancia que los Comités de usuarias. Esto evidencia que la confluencia sociedad civil y Estado y/o ciudadanos del barrio CP y Área de Salud No. 9 resulta en algunos casos (como este) beneficioso al juntarse y ver soluciones efectivas a

²³ Entrevista a Fabricia Soto, presidenta del Comité de usuarias del Comité del Pueblo. La Dra. Soto ha sido presidenta del CUS del CD desde sus inicios, es decir, 2009. Ha estado involucrada desde muy joven (12 años) en actividades participativas barriales en bien de colaborar con el mejoramiento de la parroquia.

los problemas barriales. Una vez conformados comités de salud, los presidentes [as] de esos pasarían a ser integrantes directos del CUS cantonal.

Las elecciones de autoridades para los comité de salud (CS) fueron efectuadas “in situ”, es decir, que cada barrio se organizó internamente e hizo asambleas barriales en distintos lugares (casa comunal, canchas de futbol, etc.) con la finalidad, de nombrar presidente[a] y secretario[a] para su comité. Entonces, en cada asamblea los habitantes del barrio alzaban la mano y daban posibles nombres de candidatos y candidatas. Los presidentes [as] de los CS electos fueron personas conocidas por los habitantes del barrio debido a que realizaban trabajo comunitario previo. Después de seleccionar a todos los postulantes se hacían votaciones nuevamente para designar los cargos de representación. Las asambleas eran coordinadas por los líderes barriales, dándose lugar en el segundo trimestre del año 2008, especialmente los días sábados. (Soto, entrevista, 2014).

Lo interesante de las elecciones barriales radica en que la mayoría de representantes electos para el CS fueron mujeres que trabajaban en actividades comunitarias en su barrio, por tanto, eran bastante conocidas por los habitantes del sector. “Los presidentes eran básicamente líderes que manejaban masas y grupos en cada barrio” (Soto, entrevista, 2014). Esto permitió apuntalar desde un inicio la creación y funcionamiento del Comité de usuarias debido a que eran personajes reconocidos en el barrio y, sobre todo, por las principales usuarias de tal servicio público, las mujeres (Soto y Portilla, entrevista, 2014).

La conformación del Comité de usuarias fue totalmente diferente a la de los comités de salud. Primero porque sus integrantes no fueron elegidas mediante nuevas asambleas – ni barriales ni parroquiales- sino que las mismas integrantes de los CS de los 19 barrios del CP pasaron directamente a ser integrantes ad-honoren del CUS. Esto se debe a que ellas (hablando de las integrantes del CUS) eran lideresas barriales que tenían contacto con la ciudadanía y conocían los problemas que los aquejaban.

Al interior del CUS, ya en la parte operativa, es decir, en la conformación de este dispositivo participativo, las 19 integrantes eligieron presidenta y secretaria dando cumplimiento con el Reglamento a la LMGAI, artículo 10, el cual indica “dicho comité contará con un Presidente, un Secretario y siete vocales” (RLMGAI, 2002; artículo 10). Lo que no cumplió esta institución participativa local a manera formal de acuerdo a la

ley, fue en el número de integrantes (el reglamento establecía mínimo cinco y máximo nueve), y la elección democrática de sus integrantes en el ámbito cantonal. Esto se debió al acuerdo previo entre ciudadanía (líderes barriales) y Área de Salud (promotora de salud) en la forma en cómo crear y conformar el CUS en el barrio del CP, y básicamente en la forma de cómo afrontar los problemas barriales.

Regresando, a la elección de autoridades del CUS del CP, la presidenta fue elegida por votación directa e individual de cada una de las integrantes considerando “el grado de experiencia y dedicación de las mujeres” (Portilla, entrevista, 2014), por un periodo indefinido estando incluso a cargo la misma coordinadora, la señora Soto, hasta el 2014. Sin embargo, como menciona la coordinadora del CUS del CP “en nuestro caso se eligió coordinadora porque todas tenemos la misma autonomía, todas trabajamos en conjunto, todas damos ideas” (Soto, entrevista, 2014). La elección de presidenta, en este caso particular, no fue de manera democrática, es decir, proponiendo nombres y votando por las dos, tres o cuatro mujeres designadas por las demás sino más bien por los méritos y trabajo comunitario.

Es así, como al interior del comité se fueron generando lazos de solidaridad, compañerismo y reciprocidad entre cada una de las integrantes. Así como también, se gestionaron acciones compartidas en bien de conseguir metas comunes y generales para la parroquia del Comité del Pueblo. Todas las integrantes trabajaban con el propósito de mejorar y apoyar a los habitantes del barrio, las responsabilidades eran compartidas y bien estructuradas. Algunas mujeres trabajaban con la comunidad en la relación directa con la ciudadanía, otras buscaban apoyo de instituciones (Universidad Central, Fundaciones, etc.) para que les apoyen con recursos económicos, materiales de promoción y difusión. Por ejemplo, Ley de Amparo al Paciente, Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, todo esto con la finalidad de dar a la ciudadanía herramientas que les permita conocer sus derechos como usuarias/os de salud.

Actualmente, en el 2014 el CUS del CP cuenta con 8 integrantes debido a que 11 de ellas han migrado a otros barrios o sectores fuera del Comité del Pueblo (unas más al norte, al centro, o al sur). Básicamente, se han quedado como integrantes del CUS quienes poseen casa propia en el Comité del Pueblo. Este proceso migratorio ha permitido que las mujeres conformen Comités de usuarias en otras partes de la ciudad de Quito, por ejemplo, en el sur de la ciudad (Soto y Portilla, entrevista, 2014). Sin

embargo, este efecto migratorio no ha permitido que el CUS se fortalezca y aumente sus capacidades de acción y responsabilidades comunitarias.

3.2.2 La puesta en marcha de las instituciones locales participativas en la parroquia del Comité del Pueblo.

En la parroquia del Comité del Pueblo confluyeron dos tipos de mecanismos participativos con la finalidad de incorporar a los habitantes del sector (hombres, mujeres, ancianos, etc.) a participar en las actividades y acciones locales que mejoren la calidad de vida de cada uno de los habitantes pertenecientes a la parroquia. El primer tipo de mecanismo participativo, es el comité de salud, instancia abierta y puesta en acción a partir del 2008 con la ayuda de la propia ciudadanía y del Área de Salud No. 9 Comité del Pueblo, y no previsto en la LMGAI (1998) pero con igual valor y credibilidad a nivel parroquial debido a que se designaron representantes pertenecientes a la sociedad civil (presidentes[as] y secretarías), así como también, asambleas ciudadanas con la amplia participación de todos los residentes de cada barrio del Comité del Pueblo para designar a sus representantes. El segundo, el Comité de usuarias, promovido en cambio desde arriba, es decir, desde la Planta Central del MSP - UELMGAI- y regulado por la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia desde 1998 así como por su reglamento en el año 2002.

Los dos comités tienen en común rasgos generales que los hace interesantes de estudiar como formas de involucramiento de la ciudadanía en problemas reales y concretos relacionados con el accionar público. Entre los hallazgos encontrados, se puede inferir que ambos dispositivos retomando lo expuesto por Fung y Olin (2003) se aprovecharon de la “energía e influencia de la gente del común, a menudo proveniente de los estratos bajos de la sociedad, en la solución de los problemas que los aquejan” (Fung y Olin, 2003; 22). Por ejemplo, en el barrio del Comité del Pueblo los temas que más preocupaban a los moradores eran: drogadicción, robos, peleas, limpieza del barrio, salud, etc., y en este caso el CUS funcionó como intermediario socio-estatal al establecer espacios de coordinación para el diálogo y la deliberación entre la sociedad civil y una institución del Estado, es así, que la coordinación se dio entre la UPC del Comité del Pueblo, la Unidad de Salud del Área 9, y demás actores públicos y sociales (Isunza, 2006: 265-9) quienes buscaban mejorar la gestión de los servicios públicos al

implicar a los verdaderos conocedores de los problemas del barrio Comité del Pueblo, y; finalmente buscaban “generar dinámicas de empoderamiento popular” (Ramírez y Welp, 2011; 12) e igualdad de derechos ciudadanos en esta parroquia del norte de la ciudad de Quito.

A continuación el cuadro detalla con mayor profundidad cada mecanismo de participación ciudadana que forma parte de la dinámica participativa del Comité del Pueblo. En este cuadro se resume de manera precisa el ámbito de acción, la composición y los temas de intervención de cada uno de estos dos mecanismos.

Cuadro 4: Comités de Salud vs. Comités de usuarias en el Comité del Pueblo

MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA	ÁMBITO DE ACCIÓN	COMPOSICIÓN	TEMAS DE INTERVENCIÓN
COMITÉS DE SALUD (CS)	A nivel barrial: total 19 barrios con CS.	Representantes de la sociedad civil. Electas mediante asambleas locales por todos los habitantes del barrio. 1 voto por habitante.	Generales: salud, alcoholismo, seguridad ciudadana, entre otros.
COMITÉS DE USUARIAS (CUS)	A nivel cantonal: total 1 CUS a nivel cantonal.	Presidenta del CS forma parte del CUS.	Específico: ley de maternidad gratuita y atención a la infancia

Fuente: Soto, entrevista, 2014

Elaboración: Autora

El Comité de usuarias del CP empezó su proceso de formación y creación en el 2008, después de conformarse primero los 19 Comités de Salud barriales que funcionaron alrededor de la parroquia del Comité del Pueblo.

En el 2008, el CUS del CP no podía aún funcionar como instancia de control y vigilancia ciudadana al Área de Salud No. 9 ya que primero tenían que cumplir cierto tipo de imposiciones que no estaban descritas en la LMGAI (1998) pero eran requisitos formales impuestos desde de la unidad operativa pública de salud. Tales requisitos consistían en que sus integrantes sean capacitadas por la promotora de salud del área sobre diversos temas que guardaban relación con sus obligaciones a nivel local. Por ejemplo, formación en los temas relativos a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (1998), al reglamento de la LMGAI, a los derechos del paciente, entre otros temas. Terminado este proceso de formación y capacitación (2008), en el 2009 el CUS

empieza a funcionar cumpliendo las normas mínimas impuestas por el reglamento a la LMGAI (2002).

Entre éstas, se cumplió a cabalidad el artículo 12 del reglamento, en el cual se dispone que los Comités de usuarias se reúnan una vez por mes, salvo excepciones. En este sentido, las integrantes del CUS del Comité del Pueblo asistieron a reuniones mensuales en el auditorio del área de salud durante el 2009, 2010, 2011 y 2012 (Soto, entrevista, 2014). En estas reuniones las integrantes del CUS exponían los problemas ciudadanos referente a la atención, trato, gratuidad de consulta, entrega de medicamentos gratuitos de maternidad gratuita. El CUS se convertía por tanto, en el espacio de discusión y deliberación ciudadano en el cual las mujeres integrantes del mismo buscaban la forma más efectiva de mejorar la gestión y el servicio del Área de Salud No. 9. Todas las integrantes tenían el mismo poder de participación, explica la coordinadora del CUS del CP, “como todas queremos lo mejor para la comunidad, trabajamos en equipo sin dejarnos llevar por individualismos” (Soto, entrevista, 2014).

Después del 2012, el Comité de usuarias del CP entra en un proceso de evaluación por parte del Ministerio de Salud Pública, ya que según la Constitución del 2008 la salud es un derecho universal y gratuito para todos los habitantes del Estado ecuatoriano, razón por la cual se empieza a debatir la pertinencia de la LMGAI del 98 (y sus implicaciones) en este nuevo escenario político. Por eso, el MSP crea la Dirección Nacional de Participación Social en Salud, encargada de cumplir con el artículo 52 de la Ley Orgánica de Participación Ciudadana referido a la creación de un Consejo Ciudadano Sectorial de Salud. Este consejo “se desempeña como una red de participación de la sociedad civil articulada a la autoridad sanitaria nacional. (Ley Orgánica de Participación Ciudadana, 2014: artículo 52).

3.2.3 La creación de las capacidades locales participativas

Como se mencionó anteriormente, las integrantes del CUS del CP fueron capacitadas en el 2008 por parte de la Dra. Figueroa quien se desempeñó como promotora de salud del Área de Salud No. 9 Comité del Pueblo responsable de la creación y funcionamiento del comité en dicha parroquia. Las reuniones de capacitación se realizaban semanalmente en el auditorio del Centro de Salud No. 9, los días sábados, durante 5 o 6 horas diarias.

Las capacitaciones tenían como objetivo fundamental fortalecer las capacidades de gestión y acción de las 19 integrantes del CUS y dotarles de conocimientos “técnico-médicos” que les permita vigilar y controlar a la unidad operativa pública de salud de su lugar de residencia. Entre estos conocimientos que por un lado eran técnicos y, por el otro médico, se empezó por capacitarles sobre la LMGAI (1998) y su reglamento operativo (2002). Después toda la normativa legal que les ayude a exigir que el Área de Salud cumpla con la LMGAI, es decir, la Ley de Derechos Amparo al Paciente, Constitución 2008, Código penal, etc. En cuanto al tema médico, se les entregó manuales de atención sanitaria aplicados por el MSP a nivel nacional sobre salud materno-infantil (Soto, entrevista, 2014).

La modalidad de trabajo en cada reunión consistía en que cada integrante del CUS del CP exponga a todas las demás integrantes los problemas que más afectaban a su barrio enfocado propiamente al tema de salud, y más precisamente a salud materno-infantil. Este ejercicio participativo, les sirvió a las integrantes del comité para encontrar aquellos problemas comunes en la mayoría de los barrios. Para la señora Fabricia Soto, coordinadora del Comité de usuarias del CP, la violencia intrafamiliar fue un tema común que aquejaba a todas las localidades pero que pudo ser resuelto y solucionado gracias a la intermediación y coordinación del comité de salud y del Comité de usuarias de la parroquia del CP.

Ante esta problemática, el comité de salud junto con el apoyo del CUS reunió a 50 mujeres madres quienes eran maltratadas por su pareja debido a que no trabajaban y por ende no recibían remuneración alguna, y a través del Comité de usuarias se solicitó la colaboración del área de salud para que apoye con un terapeuta familiar, quien les dio charlas a las mujeres maltratadas sobre autoestima. A su vez, se les enseñó a elaborar bisutería para que tuviesen ingresos económicos, lo cual era expuesto en ferias comunitarias ejecutadas por el Área de Salud y/o Ministerio de Salud Pública (Soto, entrevista, 2014).

Terminado el proceso de capacitación y formación de las integrantes del CUS que duró alrededor de nueve meses desde marzo a diciembre 2008, las mujeres integrantes del comité se “graduaron sobre derechos del paciente, y LMGAI” (Soto, entrevista, 2014), por decirlo de alguna manera, ya que el Área de Salud les otorgó un diploma, un carnet y un mandil blanco que reconozca su capacitación. Este reconocimiento local e institucional fue el mecanismo a través del cual las mujeres del CUS del CP pudieron

ejercer sus funciones como veedoras y vigilantes del cumplimiento de la LMGAI en la unidad operativa pública de salud de su lugar de residencia. A su vez, al ser las mujeres reconocidas por el Área de Salud No. 9 del Comité del Pueblo como agentes de control ciudadano, se les permitió el ingreso y trabajo en la unidad de salud pública sin el permiso del director [a] a fin de evaluar la gestión efectuada al interior de la unidad. (Portilla, entrevista, 2014).

Una vez creado y conformado el Comité de usuarias del Comité del Pueblo en el 2008, solo faltaba que empiece a funcionar. Para esto, las mujeres integrantes del comité se organizaron a través de reuniones mensuales a principios del 2009 al interior del mismo, y acordaron que la primera actividad a desarrollar era conocer la percepción de los moradores de la parroquia CP respecto al Área de Salud. Por ello, elaboraron una encuesta de percepción y satisfacción del usuario [a] con el propósito de conocer la problemática de salud de la parroquia. Fabricia Soto argumenta “porque no podía ser la palabra nuestra contra la palabra de un profesional médico que laboraba ahí” (Soto, entrevista, 2014).

La encuesta de percepción y satisfacción del usuario[a] del Área de Salud No. 9 Comité del Pueblo efectuada el segundo trimestre del 2009 abordaba los siguientes tópicos²⁴: Como temas generales: Tiempo de espera del usuario o usuaria desde que llegaba al área hasta que salía; trato por parte del personal de salud, y otras personas que trabajan ahí; explicó el médico y/o, enfermera el diagnóstico en palabras entendidas al usuario/a; explicó el médico y/o enfermera cómo debía administrarse la medicación el paciente; hubo gratuidad en la atención y en la medicación; hubo privacidad en consulta, y si fue maltratada en algún servicio o por parte de alguna persona que trabajaba: médico, enfermera, guardia, etc. Y de manera particular para conocer la percepción del usuario/a hacia el Área de Salud le preguntaban ¿Cómo considera que es la gestión del área de salud? Las posibles respuestas iban desde muy buena y buena hasta mala (Soto y Portilla, entrevista, 2014).

Luego de efectuada la encuesta de satisfacción de usuarias [os] por parte de las integrantes del CUS del CP, se procedió a validar los resultados de la misma. Los resultados evidenciaron que en el año 2009 el 85% de personas que acudían a la unidad

²⁴ Información extraída de la entrevista efectuada a la señora Fabricia Soto, el 15 de junio de 2014.

operativa de salud eran mujeres, y el 15% restante eran hombres, personas de la tercera edad y niños en general. Además se pudo conocer que la percepción general de los habitantes de la parroquia CP respecto al Área de Salud era buena (Soto y Portilla, entrevista, 2014).

Entonces decíamos –las integrantes del CUS- el Área de Salud no estaba tan mal, pero necesita mejoras. Con los resultados logramos hacer una sistematización de los resultados, y expusimos a todos los dirigentes y representantes de todo el sector. Estuvo la policía, representantes del comercio, de los comerciantes informales, de la comunidad, de las ligas barriales, y conjuntamente con el director del Área de salud que nos dio la apertura presentamos los resultados y emitimos recomendaciones para mejorar la gestión del área de salud. Dentro de esas recomendaciones nos abrimos un espacio y se establecieron grupos de trabajo representativos, conformado por un grupo de las veedoras del CUS (2 representantes), y del área de salud (3 representantes), en donde estaba generalmente el involucrado en el problema o en la queja que más afectaba al usuario (Soto y Portilla, entrevista, 2014).

Este tipo de iniciativas propuestas desde la ciudadanía utilizando herramientas de la academia dan cuenta que la organización de la sociedad civil resulta de gran valor al momento de buscar soluciones efectivas para la comunidad. La socialización de los resultados sirvió para que las demás personas y entidades públicas, privadas y sociales del barrio coordinen acciones con miras de mejorar la gestión pública sanitaria del Área de Salud.

En la evaluación general salió que todo el mundo se quejaba de estadística, entonces la idea no era que desde el CUS les colguemos de los pulgares por esa situación, sino establecer soluciones en conjunto. Tuvimos reunión con ellos, porque queríamos evidenciar cuál es el problema del por qué el paciente o usuaria se queja que no hay entrega de turnos. Ellos (área de salud) manifestaban que no había una verdadera programación, por ejemplo, si una persona tenía que ir a un curso, no había una verdadera comunicación interna para que pongan a otra persona en su lugar (Soto, entrevista, 2014).

El acercamiento de las integrantes del CUS a los servicios donde existían mayor inconformidad de las usuarias y usuarios estuvo marcado con el propósito de mejorar el horario de atención al público, la atención del personal médico, es decir, aquellos temas

problemáticos que no fueron tomados en cuenta antes por el Área de Salud No. 9 Comité del Pueblo.

En la segunda reunión del CUS, en el segundo trimestre del 2009, se elaboró la agenda de trabajo anual con la participación activa y voluntaria de las 19 integrantes del comité. A manera de resumen la planificación estuvo estructurada de la siguiente forma: a) Primero, se planificaba las actividades dependiendo la problemática a resolver en el cantón, b) Segundo, se evaluaban los problemas en base a nivel de importancia y factibilidad de resolución; y c) Tercero, se elaboraba un proyecto detallando: actividades, presupuesto, involucradas y tiempos de ejecución.

El desarrollo de las actividades planificadas, entre estas, capacitaciones a usuarias de la parroquia CP sobre LMGAI y ley del paciente fueron ejecutadas bajo autogestión del comité debido a que este no recibió recursos económicos por parte de ninguna institución pública. En algún momento recibieron apoyo de la Fundación Utopía quienes les dieron refrigerios para una capacitación, otra vez, la ONG Plan Internacional²⁵ les colaboró con afiches y propaganda. La explicación viene dada a que este tipo de dispositivo carecía de manejo de recursos económicos. En ningún momento la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, el Consejo Nacional de Mujeres, o el Centro de Salud del Comité del Pueblo les dieron recursos monetarios para su sostenimiento y ejecución de actividades, razón por la cual debieron buscar auspiciantes. Y en otros casos, contactos con otras instituciones públicas como lo explica el párrafo siguiente para poder plasmar los proyectos propuestos en la agenda anual de actividades.

En algún momento, se hizo un proyecto de vinculación con la Universidad Central del Ecuador en base a un estudio desarrollado a nivel comunitario para evidenciar rendimiento académico con niños con parasitosis. El CUS estuvo encargado de informar a la ciudadanía que acudía al centro de salud que se estaba ejecutando ese proyecto, para que los representantes de familia realicen exámenes a sus hijos. Terminado el proceso de recolección de muestras, se evidenció tasas elevadas de mala nutrición y parasitosis en niños del barrio, razón por la cual se solicitó al Área colaborar con un profesional médico que de

²⁵ Plan Internacional está presente en el Ecuador desde 1962, “contribuyendo a mejorar las condiciones de vida de niños y niñas promoviendo sus derechos e intereses mediante el desarrollo comunitario y desde un enfoque de igualdad de género e interculturalidad” (Plan Internacional, 2014).

charlas a padres de familia para una mejor alimentación y nutrición, y con ello mejorar el rendimiento académico infantil en el sector (Soto y Portilla, entrevista, 2014).

El trabajo efectuado por las mujeres en calidad de integrantes del CUS del CP no solo muestra el cumplimiento de sus responsabilidades como integrantes de dicho comité, sino también, el empoderamiento que tuvieron para lograr cambios positivos en la gestión pública sanitaria del Área de Salud –cambio de guardianía, personal permanente en el servicio de estadística- que beneficiaban a todos los pobladores del sector, y no sólo a mujeres beneficiarias de la LMGAI. Los acuerdos y actividades no dependían en gran medida de la voluntad y preferencia de las mujeres sino más bien del nivel de viabilidad y solución de los problemas encontrados, es decir, ante este problema tenemos estas soluciones, actividades, tiempos, presupuestos.

Un factor clave de este dispositivo participativo que ha permitido que el CUS del CP se fortalezca al interior se debe según afirman las dos entrevistadas (Portilla y Soto) a que las integrantes del mismo se mantuvieron al margen de los partidos políticos de manera que no puedan ser influenciadas y manipuladas a ejercer acciones clientelares. “El bien común estuvo por encima del bien individual”. (Portilla y Soto, entrevista, 2014). Claro como sus integrantes no recibían remuneración alguna por sus actividades era difícil coordinar con sus otras actividades personales, familiares y profesionales diarias.

Basándonos en las opiniones de dos de las integrantes del Comité de usuarias Portilla²⁶ y Soto (2014):

La comunidad es la comunidad, siempre se ha trabajado a nivel comunitario, sin condición de raza, color y partido político porque eso distancia. Hemos trabajado por el beneficio de la comunidad, sin pertenecer a partidos políticos, o cosas así (Soto y Portilla, entrevista, 2014).

Uno de los problemas que obstaculizaba el desarrollo de las actividades regulares programadas era la falta de voluntad administrativa por parte del director o directora del área de salud. “Mucho dependió de la autoridad de turno. Una autoridad que tiene

²⁶ La señora Portilla es una de las integrantes del CUS del CD.

experiencia comunitaria es más fácil la coordinación, el trato, y la actividad que cuando se tiene una autoridad de escritorio. Mucho se estanca en la problemática, yo soy representante de y tú eres representante de [...]” (Soto y Portilla, entrevista, 2014).

Esto presupone de manera general que el avance de las políticas públicas participativas dependieron en gran medida de la voluntad de la autoridad de turno para que sea total y efectiva la participación en el Área de Salud, caso contrario fueron únicamente parciales, no continuas y segmentadas a las decisiones de la máxima autoridad. Tal es el caso, de la nula participación de las integrantes del CUS del CP en el acceso a la información relativa a las prestaciones, y a la ejecución del presupuesto de Maternidad Gratuita por parte de la unidad operativa pública de salud.

Esto hace suponer que el cargo y rol que ocupó la gente de la comunidad y del Área de Salud ejercía cierto peso para hacer efectiva o no la colaboración estatal - sociedad civil en lo referente al espacio sanitario. Y claro como el Comité de usuarias fue la primera experiencia normada por ley en donde las mujeres tenían el poder legal de ejercer control y veeduría ciudadana hubo al principio resistencia por parte del personal de salud quienes no estaban acostumbrados a este tipo de lógicas participativas de control y vigilancia de lo realizado por el centro de salud.

Sin embargo, argumenta Fabricia Soto, “cuando vieron que nuestro trabajo ayudó a mejorar la gestión del área, y que la gente se sentía más conforme por la atención y el trato, nos comenzaron a ver cómo amigas y no cómo enemigas, como parte de un mismo grupo” (Soto, entrevista, 2014).

El párrafo anterior apunta otro aspecto clave en el avance del trabajo del CUS del CP ya que sostiene que el trabajo societal compartido entre las mujeres del CUS y personal del Área de Salud se vuelve uno sólo en la medida que cada polo (sociedad – estado) ve el beneficio del otro cuando la percepción de las personas de la parroquia del Comité del Pueblo mejora notablemente.

Explicada la constitución y organización del Comité de usuarias, a manera de resumen se puede mencionar que este dispositivo participativo fue institucionalizado por la LMGAI (1998), y puesto en ejecución a nivel local tras la convocatoria presentada por la Dra. Figueroa a todos los líderes [as] barriales pertenecientes a la parroquia del Comité del Pueblo. La convocatoria fue el inicio de un largo proceso

participativo de organización, capacitación y empoderamiento de las mujeres que formaron parte del CUS del CP.

El trabajo previo de las integrantes del CUS del CP en acciones comunitarias es un factor que incide para que las mujeres del comité se empoderen e inmiscuyan en arenas médicas ocupadas por varios años únicamente por personas con títulos académicos y socialmente aceptados por la sociedad como personajes capaces del quehacer médico. Sin embargo, la apropiación de las mujeres del CUS de espacios manejados por expertos, permite articular las necesidades locales con la gestión pública sanitaria del Área de Salud No. 9 Comité del Pueblo.

Ahora bien, abierto un marco general que permita comprender y entender el funcionamiento y operativización del CUS del CP, a continuación se analizará este innovador dispositivo participativo a la luz del Gobierno Participativo con Poder de Decisión.

3.3 Comité de Usuarías del Comité del Pueblo a la luz del Gobierno Participativo con Poder de Decisión.

Fung y Olin incorporan un término innovador en el estudio de participación ciudadana denominado “gobierno participativo con poder de decisión” (GPPD). El GPPD supone un tipo de gobierno participativo que busca incrementar la capacidad de respuesta, el grado de democratización y la efectividad del Estado a través de mecanismos de participación ciudadana más justos, participativos, deliberativos y responsables. La intención es fomentar la capacidad de los ciudadanos y movimientos comunitarios en la toma de decisiones de asuntos públicos.

Los GPPD impulsan valores de participación como deliberación y poder de decisión, así como también, prudencia y factibilidad de soluciones. Son por tanto, reformas participativas que descansan en el compromiso y capacidad de la gente común para la toma de decisiones inteligentes con la finalidad de establecer deliberaciones razonables, que aspiran no solo a la discusión sino también a la acción. (Fung y Olin, 2003: 22). Además, poseen ciertas características que los hacen interesantes de estudiar, por ejemplo, buena parte del poder de decisión descansa en la sociedad sea a nivel individual o colectivo; los residentes o habitantes participan directamente en la

elaboración de políticas públicas; establecen canales democráticos –directos y representativos-; incorporan a sectores excluidos o minoritarios de la sociedad (Fung y Olin, 2003: 23)²⁷. Estos experimentos guardan entre sí rasgos distintivos que los asemejan: redistribución del poder de decisión concentrada en la ciudadanía como conocedores de sus problemas y realidades, participación social no centralizada en las autoridades burocráticas sino en la base social, procesos deliberativos, entre otros.

Para Ramírez y Espinoza (2012), la noción de GPPD hace “referencia a un conjunto de experiencias gubernativas locales en las que por medio de dispositivos no electorales específicos se abren las condiciones para que la movilización popular se conecte con la deliberación política y el proceso de toma de decisiones en diversas áreas de política pública” (Ramírez y Espinoza, 2012: 116). En rigor, estas nuevas formas de participación ciudadana abren espacios para que la ciudadanía comparta cierto poder de decisión y competencias técnico-administrativo para involucrarse en los asuntos públicos junto con autoridades nacionales y/o locales con el propósito de buscar soluciones prácticas y adecuadas para solventar sus necesidades (Ramírez y Espinoza, 2012: 116).

Retomando los aportes de Fung – Olin (2003) e Isunza (2006) podemos mencionar que la relevancia de estudiar a los Comités de usuarias radica en saber si pueden ser catalogados como interfaces socio estatales con poder de decisión que establecieron espacios participativos más justos, deliberativos y con múltiples actores sociales que se responsabilicen de estimular acciones para mejorar la salud materno infantil en el Ecuador.

Ahora bien, parte de estos experimentos de GPPD se asientan sobre la base de tres principios generales, tales son:

3.3.1 Concentración en problemas específicos y tangibles. (Orientación práctica)

Esta primera característica del Gobierno Participativo con Poder de Decisión hace alusión aquellas prácticas participativas que se ocupan de solucionar asuntos, problemas

²⁷ Entre los casos que los autores definen como GPPD, están: los Consejos Vecinales en Chicago, la Planeación para la Conservación del Hábitat bajo la Ley Federal de Estados Unidos sobre Especies en Vía de Extinción, la Descentralización democrática en la India, y los bien conocidos Presupuestos Participativos de Porto Alegre, Brasil.

y/o políticas concretas sean estas locales o nacionales. Ejemplo, seguridad ciudadana, presupuestos participativos, programas de violencia contra la mujer, medio ambiente, etc. Lo atractivo de estas prácticas radica básicamente en que generan lazos de fraternidad y solidaridad entre los/as participantes quienes buscan mejoras para la comunidad, para el barrio, para un segmento poblacional, entre otros (Fung y Olin, 2003; 22).

El análisis pormenorizado del CUS del CP evidencia que esos comités se ocuparon de vigilar y controlar que los establecimientos públicos de salud cumplan con brindar gratuidad en: atención, medicamentos e insumos a mujeres y niños menores de cinco años de edad a nivel cantonal. Es así, como del estudio realizado por Sarah Dobra²⁸ en el 2008, en el cual se analiza entre otras variables el número de CUS creados y conformados a nivel nacional se conoce que hasta ese año existieron 165 Comités de usuarias, y de estos el 86.7% de CUS han hecho veeduría local sobre gratuidad, calidad y muerte materna, el 64.4% denunciaron casos de maltrato o discriminación, el 48.9% denunciaron cobros por servicios, y el 33.3% denunciaron mala práctica médica (Dobra, 2008).

Los CUS se ocuparon también de abordar diferentes tópicos relacionados a la LMGAI, es así como el 93.3% de comités capacitaron a la gente de su comunidad, barrio y/o localidad sobre esta ley, el 80% sobre el funcionamiento de los CUS, el 84.4% sobre derechos del usuario/a, el 84.4% sobre auto – estima, y el 73.3% sobre la ley contra la violencia de la mujer (Dobra, 2008: 32-35). En suma podemos indicar que los CUS cumplieron a nivel local la normativa legal vigente (RLMGAI, 2002) a su vez capacitaron a sus vecinos/as del barrio sobre diversos temas dependiendo de las realidades y necesidades particulares de la localidad.

El Comité de usuarias del Comité del Pueblo al igual que los demás CUS conformados a nivel nacional se ocupó también de vigilar y controlar que el Centro de Salud No. 9 respete y cumpla con lo que determina la Ley de Maternidad Gratuita y

²⁸ Sarah Dobra en el 2008 realiza el estudio denominado “Perfil de los Comités de Usuarios/as y sus Experiencias en Veeduría de la Ley de Maternidad Gratuita”, con la finalidad de evaluar la situación actual de los CUS a nivel nacional. El estudio tiene como uno de sus objetivos generales, “realizar un diagnóstico de las experiencias de los CUS respecto de su trabajo comunitario en vigencia y el cumplimiento de la LMGAI, según sus responsabilidades dentro de ésta. El propósito es crear un sistema para ayudar a los CUS en su trabajo de “fortalecer el seguimiento y la vigilancia de la aplicación de la Ley” y pasar la información al CONAMU y a la Unidad Ejecutora de la LMGAI” (Dobra, 2008; 7).

Atención a la Infancia y su reglamento operativo. Es así, que ante un problema, queja o reclamo proveniente de mujeres, esposos o familiares sobre atención materno-infantil lo importante era evidenciar el problema a través de un escrito redactado por la secretaria del CUS con las firmas de todas las integrantes del mismo que explique tal queja (Soto y Portilla, entrevista, 2014). Esto permitió que las integrantes del CUS entreguen al director del Centro de Salud de manera formal la inconformidad de la ciudadanía por el servicio que otorgaba la unidad de salud pudiendo ser falta de entrega de vitaminas a mujeres embarazadas y recién nacidos, falta de personal médico que atiende en la mañana (ginecólogo, oftalmólogo, médico general), que el servicio de estadística estuvo cerrado, entre otros.

Para que quede constancia de la existencia de un problema en el Centro de Salud No. 9 Comité del Pueblo, el CUS enviaba copia de dicha queja o reclamo a la Unidad Ejecutora de la Ley Maternidad Gratuita presentado al director del Centro de Salud. A pesar que la Unidad Ejecutora conocía sobre los problemas locales presentados por parte de los moradores del barrio Comité del Pueblo a través del CUS en ningún momento tuvo que intervenir desde el nivel central, a falta de solución por parte del Área de Salud (Soto, entrevista, 2014). Lo cual significaba que tanto los profesionales de salud como las integrantes del Comité de usuarias llegaban acuerdos locales para solucionar los problemas que afectaban a la población del barrio sin tener que solicitar la intervención de instancias superiores del nivel central.

Si bien es cierto, las mujeres que conformaron el Comité de usuarias se concentraron en vigilar que los derechos de mujeres y niños/as sean cumplidos por el Centro de Salud a fin de que logren disfrutar de todos aquellos beneficios que la ley les otorgaba, su orientación práctica estuvo dirigida también a otros temas de salud, el control que hicieron a la farmacia del Centro de Salud para que entregue medicación a pacientes diabéticos (Portilla, entrevista, 2014). Pero, el personal de farmacia les decía “usted es de maternidad gratuita y no tiene nada que ver con la diabetes” (Soto, entrevista, 2014).

En este caso particular, el personal de farmacia tenía razón, ya que la LMGAI era clara en indicar que las obligaciones del CUS se enfocaban solamente a vigilar y controlar sobre temas de salud materna e infantil, y la diabetes no tenía relación alguna con este tema. Pero este tipo de “intromisión” en otros asuntos de salud que no

respondían necesariamente a las responsabilidades del CUS muestra el alto grado de compromiso y empoderamiento que tenían las “usuarias de a pie”, lo cual no siempre fue bien visto por los y las profesionales de salud del Área de Salud.

A pesar de esto, los moradores de la parroquia del Comité del Pueblo identificaba a las mujeres del CUS como un grupo de ayuda y apoyo para cualquier inconveniente de salud presentado en la localidad, aunando aún más los lazos de solidaridad personal.

En cada barrio nos conocen. Por ejemplo, tenemos personas vulnerables en los barrios, como son los ancianos. En ocasiones, los familiares acuden a nuestro domicilio y dicen vean mi abuelito esta con la presión alta, qué hago. Nosotras nos comunicamos con la promotora de salud, y le decimos el señor esta en esta casa, la dirección es tal, y ella es la encargada de traer el médico a la casa (Soto y Portilla, entrevista, 2014).

Parte del trabajo del Comité de usuarias radicó también en promocionar, difundir y capacitar a las usuarias de este barrio (popular y tradicional) del norte de Quito sobre la Ley de Maternidad Gratuita, y sus connotaciones –derechos y beneficios materno infantil, obligaciones del centro de salud, prestaciones gratuitas, etc.-. Al comienzo, la promoción sobre derechos sexuales y reproductivos a cargo de las “usuarias a pie” - como les decía Ninfa León por qué caminaban por la localidad viendo que podían hacer por mejorar la gestión pública sanitaria del Área de Salud- se dio a partir de la finalización de la capacitación que efectuó la promotora del Centro de Salud a todas las integrantes que formaron parte del CUS.

Después de dicha capacitación las mujeres usaron un mandil blanco que les permitió realizar encuestas a las usuarias/os sobre percepción y satisfacción del servicio público de salud del Área.

Entonces cuando la gente nos veía con mandil se acercaban y nos preguntaban quiénes éramos nosotras y porque estábamos vestidas así. Nosotras les explicábamos que éramos del Comité de usuarias de la LMGAI, y que estábamos para defender sus derechos. Para que las mujeres conozcan que tienen medicación y atención gratuita, trato cortés por parte de los médicos y enfermeras, entre otra cosas (Soto y Portilla, entrevista, 2014).

Después la gente empezó a familiarizar con las mujeres del CUS y con su trabajo.

La comunidad se sentía apoyada. Hay compañeras que son muy conocidas por las usuarias quienes acuden a decir que tienen algún problema en el Centro de Salud. Por ejemplo, ahorita tenemos un problema con la transferencia, el usuario no sabe qué hacer y acude donde nosotros. Es por eso que ahorita estamos trabajando en un proyecto para hacer seguimiento a los casos que son transferidos a un hospital para ver qué paso con ellos. En algunos casos, el médico le decía a la usuaria, usted tiene que ser operada pero si quiere operarse la transferencia al hospital público le ha de salir en 6 meses. Pero si usted quiere yo le opero el día de mañana en mi clínica particular (Soto, entrevista, 2014).

Efectivamente, la relación entre usuaria[s] y Comité de usuarias fue mejorando gradualmente conforme aquellas se sentían identificadas y respaldadas con sus pares quienes conformaban parte del CUS. Sin embargo, la relación con el director del centro de salud era irregular debido a que dependía de la persona que ocupaba el cargo y su disposición para permitirles ejecutar sus actividades.

Entonces, lo que hacían las integrantes del CUS para evidenciar que el centro de salud cumpla con la ley es precisamente controlar y vigilar “*in situ*” a los diferentes servicios. Así se paraban fuera de la farmacia y verificaban que las usuarias hayan recibido gratuitamente todas las medicinas prescritas por el o la profesional de salud, y que no tengan que comprar ningún medicamento fuera de la unidad de salud. Además les consultaban cómo fueron atendidas y si tuvieron algún problema durante la consulta. De ahí que los problemas más frecuentes y comunes para todas las beneficiarias eran discutidos al interior del CUS por todas las integrantes, de forma abierta. Es decir, lo que provocaba mayor inconformidad era ampliamente discutido con el propósito de buscar soluciones inmediatas que beneficien a todas las habitantes del barrio (Soto, entrevista, 2104).

Los arreglos internos que se daban entre las integrantes del Comité de usuarias se basaron en gran medida en soluciones prácticas. Entonces hacían una lista de problemas del centro de salud, después discutían si podían o no resolverlo y cuánto tiempo se demorarían (planificación). Aquello que se podía solucionar de manera rápida era lo que primaba, y la misma lógica se utilizaba para otros temas. Ninguna de las representantes del CUS tenía mayor peso y poder frente al resto, todas según la

coordinadora del CUS del CP encaminaban acciones en busca del bien común (Soto y Portilla, entrevista, 2014).

En rigor, el Comité de usuarias del barrio Comité del Pueblo mejoró positivamente la gestión pública sanitaria del Centro de Salud No. 9 debido a que consiguieron que las beneficiarias del PMGAI sean mejor tratadas por el personal de salud, reciban medicación gratuita y mejor atención, y esto se relaciona a que el CUS se enfocó exclusivamente a vigilar, controlar y promover los derechos de las mujeres y los niños en el barrio.

Las personas del centro de salud se sentían más vigiladas. Antes las mujeres eran maltratadas y cuando nosotros llegamos les trataban mejor. Entones, ellas nos veían ahí paradas y creaban otro trato diferente. Y decíamos al personal que ese era el trato. Tuvimos charlas con las personas de salud para sensibilizar sobre el trato (Soto y Portilla, entrevista, 2014)

3.3.2 Participación desde la base

El segundo principio del GPPD está relacionado con el involucramiento directo de la sociedad civil en espacios públicos antes ocupados solamente por especialistas y burócratas. La finalidad es que la gente del barrio, de la comunidad o, del sector participe activamente en la identificación de sus problemas y den soluciones prácticos a los mismos. “En el ejemplo de las acciones policiales y las reformas escolares de Chicago, los consejos vecinales organizados desde las bases crearon soluciones efectivas que los oficiales de policía, actuando autónomamente, nunca hubieron imaginado” (Fung y Olin, 2003: 42).

Entrando al caso de estudio, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia establece que “se conformarán comités de usuarios encargados de fomentar la corresponsabilidad ciudadana en la promoción de la salud materna infantil, del seguimiento y vigilancia en la aplicación de la ley” (LMGAI, 1998). La ley hace por tanto, un llamado a la organización de la ciudadanía como agentes sociales encargados de conformar Comités de usuarias a nivel nacional. Esto implica en términos de Goldfrank lograr que las instituciones públicas sean más democráticas y aumenten la “representación de los tradicionalmente exclusivos” en espacios públicos (Goldfrank, 2006; 7). Se suma, lo dicho por Fung y Olin en lo relacionado a incorporar a la gente de

barrio a que a través de su conocimiento identifiquen problemas concretos de la comunidad.

Basándonos en Franklin Ramírez y Alejandra Espinoza, podemos afirmar que los CUS extendieron la “oferta participativa” y “los derechos de participación” hacía las mujeres de la parroquia del Comité del Pueblo como representantes legítimas para ocupar este nuevo espacio participativo ocupado por médicos y técnicos sanitarios. De ahí que las integrantes de los CUS fueron más mujeres que hombres. La participación de los hombres fue únicamente del 26.7%, a diferencia de las mujeres – indígenas, afro ecuatorianas y mestizas- que formaron parte de los 165 comités de usuarias creados en todo el territorio nacional (Dobra, 2008: 31).

Otra característica que posee este segundo principio del GPPD es que no sólo aprovecha los conocimientos de la gente popular sino también que implica a los funcionarios públicos encargados de la política pública sea nacional o local, es decir, vincula a las dos partes para que la toma de decisiones sea más segura y efectiva. La única información que se dispone sobre este punto proviene del estudio efectuado por Sarah Dobra en el 2008, el cual indica que el 24.4% de CUS encuestados mantuvieron reuniones con funcionarios públicos que trabajaban en Centros de Salud, Hospitales, Municipios y CGFSLs para solucionar los problemas presentados en la localidad (Dobra, 2008: 33).

Al analizar este caso de estudio con mayor profundidad se evidencia que efectivamente el Comité de usuarias integrado por mujeres residentes del Comité del Pueblo funcionó como intermediario de demandas sociales, o retomando la categoría de Isunza Vera, como un tipo de interfaz socio-estatal, situado entre las mujeres usuarias del Centro de Salud No. 9 y el personal médico que trabajó en dicho centro.

Por otra parte, puesto que el Comité de usuarias contó con la participación mayoritaria de mujeres comunes y corrientes del barrio, en pocos casos profesionales y en otros amas de casa, efectuar actividades de promoción social sobre derechos sexuales y reproductivos les abrió la posibilidad de adquirir cierto conocimiento especializado en algunos temas puntuales, tales como: Ley de derechos y amparo del paciente y, Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Además de abordar temas más amplios: organización y funcionamiento del Centro de Salud No. 9, derechos de las mujeres, autoestima, liderazgo, derechos humanos, entre otros.

Este conocimiento de algún modo especializado y centrado básicamente en temas de salud materno – infantil les permitió contactarse con otras instancias públicas, organismos no gubernamentales que brindaban apoyo local para mejorar la calidad de vida de la población ecuatoriana. Tal es el caso de la Universidad Central del Ecuador, Plan Internacional, Fundación Utopía, entre otras, con quienes se planificaron actividades durante el año 2010. Asimismo, el conocimiento de derechos sobre temas afines a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, por ejemplo, ley del paciente, obligaciones del centro de salud, prestaciones materno – infantil les facilitó ejercer mecanismos de control y veeduría al Centro de Salud. Teniendo claro los derechos y obligaciones que debía por ley darles la unidad operativa pública de salud podían reclamar y pedir que se cumpla la ley.

3.3.3 Generación de discusiones deliberativas

Este último principio del GPPD puede ser considerado como el más importante debido a que promueve prácticas deliberativas al interior de las diferentes experiencias participativas analizadas por los autores. Específicamente, la deliberación adquiere relevancia porque pretende que los participantes establezcan propuestas y/o estrategias de acción para el bien común dejando de lado, sus intereses individuales y particulares. Además de alejarse lo más posible de influencias políticas e institucionales que puedan generar controversias y aspectos negativos en la toma de decisiones grupales. Basándonos en lo expuesto por Fung y Olin, “los experimentos deliberativos casi siempre comprenden esfuerzos conjuntos y continuos de planeación, solución de problemas y formulación de estrategias” (Fung y Olin, 2003: 45).

Por tanto, el peso de la deliberación es esencial para que las discusiones conduzcan a acciones y soluciones basadas en la toma de decisiones grupales más justas y razonables para la localidad, el barrio o el sector dónde vivan las personas afectadas por la política pública o la ley en general. Un tema que no ha sido abordado por Fung y Olin (2003) sobre procesos de deliberación, y que sería interesante analizar radica en qué estos estimulan lazos de solidaridad y fraternidad en el grupo, lo que hace más efectiva la toma de decisiones debido a que el grupo se desenvolvería bajo la siguiente premisa: “el bien de uno es el bien de todos” (Soto, entrevista, 2014).

Lastimosamente del estudio elaborado por Sarah Dobra en el 2008 no podemos conocer sobre el funcionamiento de los 165 CUS conformados a nivel nacional hasta el 2004. Esto se debe a que la autora se concentró en investigar otras variables, que han sido retomadas en los capítulos II y III de esta tesis, tales como: frecuencia de reuniones de Comités de usuarias a nivel nacional, Número de integrantes de Comités de usuarias, Temas tratados por parte de las integrantes del Comité de Usuarias, entre otras.

La información que se tiene es básicamente del caso de estudio y, según mencionaron dos de los integrantes del CUS del CP, la coordinadora Fabricia Soto y Sra. Portilla, las reuniones se realizaban una vez por mes en el Auditorio del Área de Salud con la participación de las integrantes del CUS. En ocasiones no podían estar las 19 mujeres por motivos personales y de trabajo pero la mayoría de veces estuvieron más de la mitad de mujeres. “Al principio del 2009 realizamos dos reuniones por mes en el primer trimestre del año, el pedido lo hacía la secretaría del CUS. Esto solo hasta organizarnos internamente y designar responsabilidades de cada una y construir la agenda de trabajo anual” (Soto y Portilla, entrevista, 2014).

Las discusiones al interior del CUS, eran lideradas por la secretaría del Comité quien exponía los asuntos a tratar del día. Después se analizaban los temas por niveles de factibilidad, es decir, aquellos problemas que podían ser resueltos de manera rápida y no implicaban recursos monetarios se priorizaban primero. Luego, se discutía los problemas que afectaban al barrio y se buscaba solución a los mismos mediante la generación de discusiones donde las mujeres opinaban y buscaban prontas respuestas. Según argumenta la coordinadora de este Comité las decisiones y acuerdos de trabajo se lo hacía en base a priorización de problemas, es decir, “para el CUS del CP no habían temas más importantes que otros, siempre se trabajaba por la comunidad, y el beneficio de todos los habitantes del sector” (Soto, entrevista, 2014).

A pesar que las integrantes del CUS discutían al interior del mismo de manera imparcial sin algún tipo de interés individual o político en concreto lo hacían de manera deliberativa, buscando acuerdos y consensos justos para los pobladores del barrio. Este dispositivo local (CUS del CP) es un claro ejemplo, de discusión social proveniente desde la ciudadanía organizada en busca de generar acciones positivas que mejoren la salud de los habitantes del sector.

La relación de las integrantes del Comité con el personal médico con quienes debían semanalmente coordinar acciones era regular argumentan las entrevistadas. Esto es a que en algunas ocasiones el Área de Salud no generó espacios para la deliberación efectiva y directa de las mujeres del CUS del CP. Cuando los médicos no accedían a explicar de manera clara en términos fáciles a las pacientes mujeres sobre el diagnóstico de ellas o de sus niños y niñas a pesar que las integrantes del CUS les solicitaban que lo hagan. En este caso, la deliberación no implicaba consensos, o que las dos partes (médicos y CUS) establezcan soluciones aceptadas por ambas partes., se constituyeron en deliberaciones unidireccionales.

Es así, que en la práctica las integrantes del CUS no pudieron “participar en la evaluación local de actividades, conjuntamente con las unidades operativas” (RLMGAI, 2002) a pesar que constaba como una actividad normada según el reglamento a la LMGAI. Cumplir con estas actividades ha sido difícil “a pesar que hay una ley que dice que se debe hacer la realidad es otra” (Portilla, entrevista, 2014).

La información de gasto y ejecución del área en lo referente a maternidad gratuita no teníamos acceso y todavía lo manejan como aparte. Todavía, hay cosas que no se pueden interpretar, primero está el marco legal para hacer veeduría pero hacer veeduría dentro de una burocracia es bastante complicado (Soto, entrevista, 2014).

Ahora bien, expuesto de manera breve los tres principios considerados por Fung y Olin base para entender el funcionamiento y características del GPPD, se considera necesario incorporar al estudio un cuarto elemento denominado:

3.3.4 Poder de contrapeso en el gobierno participativo con poder de decisión

El poder de contrapeso (PC) hace alusión a “una serie de mecanismos que reducen, e incluso neutralizan las ventajas que el poder le da a los actores tradicionalmente poderosos” (Fung y Olin, 2003: 430). Allí donde las autoridades, grupos políticos o élites han conservado posiciones jerárquicas privilegiadas para la toma de decisiones públicas, encuentran un contrapeso que nace precisamente de la participación de la base social, quienes mediante coaliciones y dinámicas de cooperación contrarrestan el poder predominante. En este caso el PC del Comités de usuarias del CP fue con el cambio del

servicio de guardia dentro del Centro de Salud. Argumentan las entrevistadas que el guardia anterior no daba un trato adecuado a la ciudadanía y generaba malestar al interior de la unidad.

En algún momento, una de las quejas frecuentes que recibía el CUS del CP era que el guardia del Centro de salud indisponía a las usuarias debido al trato descortés, lo cual generaba conflicto al interior del establecimiento público de salud. Para solucionar este inconveniente, las integrantes del CUS solicitaron al director del centro de salud que se cambie de compañía de seguridad, y que se contraté a otra. Las integrantes del CUS se comprometieron a dar una capacitación sobre buen trato al paciente al nuevo guardia. Porque no es lo mismo cuidar un banco que un Centro de salud en donde el usuario viene adolorido, con mucho estrés porque su niño este enfermo, o porque su esposa embarazada está con algún tipo de dolor (Soto, entrevista, 2014).

En la actualidad, el Centro de salud trabaja con un nuevo servicio de guardia que se encarga de ayudar al paciente y al personal médico. Este caso puntual muestra como la participación social de las mujeres del CUS ejercieron contrapeso a la decisión burocrática racional pública sanitaria en lo relacionado a guardia. Las mujeres de a pie contrarrestaron el poder dominante de decisión a nivel local, obteniendo soluciones justas, efectivas y prácticas que garanticen seguridad y satisfacción en las beneficiarias.

Este caso evidencia claramente el poder que ejerció en ciertas áreas del Área de Salud el Comité de usuarias de tal manera que se pudo gestionar otro servicio de guardia que pueda tratar de mejor manera a todas las personas que acudían constantemente al lugar.

Lastimosamente, el ejemplo anterior no fue aplicable a todos los escenarios y requerimientos del CUS del CP. En algunos casos el comité no pudo ejercer contrapeso para cambiar alguna situación y/o problema que incomodaba a las usuarias, y esto se debió a la falta de voluntad del director[a] del centro de salud para dejar participar a las mujeres del CUS en alguna reunión o actividades propia del Área de Salud. Una debilidad propia del Comité de usuarias para ejercer mayor poder de contrapeso radica en que el comité al parecer esta desconectado de otras organizaciones públicas, semipúblicas o privadas que les permita hacer coaliciones externas para ejecutar más peso y acciones en bien de los habitantes del Comité del Pueblo.

Las cosas que se pudieron cambiar o mejorar en el Área de Salud por “interferencia” de las integrantes del CUS tienen como eje principal, la participación de actoras sociales claves para que el dispositivo funcione y ejerza peso y contrapeso al orden tradicional. En este caso, la señora Soto coordinadora del CUS del CP contribuyó en gran medida a que las decisiones adoptadas al interior del comité sean vinculantes en la unidad pública de salud debido a los contactos y amistades que tenía en otros espacios públicos (Universidad Central del Ecuador), organismos no gubernamentales (Fundación Utopía y Plan Internacional).

A manera de resumen, el cuadro 3 retoma los principios expuestos por Fung y Olin ubicándolos según su capacidad de influencia para el caso particular del Comité de usuarias del Comité del Pueblo:

Cuadro 5: Tipología del Comité de Usuarías del Comité del Pueblo

PRINCIPIOS DEL GPPD	P1. (Orientación práctica)	P2. (Participación desde la base)	P3. (Discusiones deliberativas)	P4. (Poder de contrapeso)
Alta	X	X		
Media			X	X
Baja			X	X

Elaboración: Autora

3.4 Conclusiones

Grosso modo, el Comité de usuarias conformado alrededor de este barrio tradicional del norte de la ciudad de Quito, es un caso atractivo de analizar debido al poder e imagen positiva que fue construyendo frente a los pobladores de las parroquias pertenecientes al Comité del Pueblo, y del personal médico que trabajo en el Centro de Salud No. 9. Este comité a diferencia de los otros comités que se conformaron a nivel nacional antes de 2004, según datos proporcionados por Sarah Dobra, es un caso tardío de promoción de participación ciudadana en el sistema sanitario, porque empieza a gestarse a partir del 2008, y a funcionar desde el 2009 en adelante.

A pesar que la promoción del CUS del Comité del Pueblo estuvo liderada desde la Administración pública nacional, la implicación de las mujeres de la parroquia ha revertido en algo el monopolio técnico – administrativo que hasta ese entonces

dominaba la gestión pública sanitaria en esa localidad. Las decisiones adoptadas por las integrantes del CUS eran vinculantes gracias al apoyo del director o directora del Centro de Salud, pero no siempre, ya que dependía de la autoridad de turno para que sean totales, parciales o segmentadas a la solución de ciertos temas.

La orientación práctica de este dispositivo innovador de participación ciudadana estuvo enfocado en esencia a temas de salud materno – infantil aunque en ciertas ocasiones vigilaron que la unidad de salud de medicación a personas con diabetes, lo cual les puso en conflicto con algunos servicios, por ejemplo, la farmacia. Sin embargo, se puede indicar que es un dispositivo altamente orientado a resolver problemas, quejas y denuncias provenientes de usuarias y usuarios ligados a salud de mujeres y niños menores de cinco años de edad.

A su vez, el tener como base social la participación activa y directa de las mujeres habitantes de la parroquia del Comité del Pueblo, permite que sea un dispositivo altamente concentrado con la participación de múltiples actoras sociales, o como diría Fung y Olin, desde las mismas conocedoras de sus problemas sanitarios.

En cuanto a procesos de discusión y deliberación interna, la reconstrucción del funcionamiento interno del CUS del CP permite entender lógicas de consenso y discusión entre todas las participantes que lo conformaron. Este proceso de solución de problemas que gira alrededor de discusiones deliberativas enfocadas en aquellas quejas y denuncias provenientes de la ciudadanía permite situar a este dispositivo como una instancia socio – estatal altamente deliberativa al interior del mismo, debido a que todas las participantes planificaron las actividades en función del bienestar común. Pero con una deliberación media y baja en la deliberación con personal médico y demás que trabajaban en el Centro de Salud.

Finalmente, uno de los problemas que ha tenido que enfrentar el Comité de usuarias ha sido la escasa capacidad de influencia en la toma de decisiones de las autoridades sanitarias, a decir, del director [a] de turno de la unidad pública sanitaria. El problema radica en que en algunas ocasiones este tipo de dispositivos participativos generan conflicto de poderes locales, y esto precisamente por quien lo conserva. A pesar que el reglamento a la LMGAI es claro en indicar que los Comités de usuarias deben: a) acceder a la información relativa a las prestaciones de salud, y b) participar en la evaluación local de actividades, conjuntamente con las unidades operativas en el nivel

práctico y operativo no fue así. Las mujeres integrantes del CUS no pudieron acceder en ningún momento a esta información debido a la falta de voluntad política del director médico en ese entonces.

En la práctica el CUS del Comité del Pueblo no ha podido realizar esas actividades, los motivos han sido: falta de convocatoria del Centro de Salud para que el CUS participe en esas actividades, falta de voluntad del director o directora para dejarles participar, entre las más importantes.

CAPÍTULO IV CONCLUSIONES

Este último capítulo tiene como propósito general presentar las conclusiones finales del trabajo investigativo. Para cumplir con este objetivo se retomará la reflexión teórica sobre participación ciudadana, gobierno participativo con poder de decisión e interfaces socio-estatales a la luz del innovador proceso participativo público sanitario en el Ecuador de cambio de siglo. Se trata, por tanto, de presentar de manera exhaustiva los hallazgos encontrados en base al estudio efectuado al diseño institucional de los Comités de usuarias y, en particular, a la experiencia participativa de las mujeres del Comité del Pueblo al norte de la ciudad de Quito (2008-2012).

Una primera pregunta a responder, derivada de nuestro marco conceptual, es: ¿Qué tipo de mecanismo participativo estableció la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en 1998?

El dispositivo participativo estipulado en la LMGAI puede ser definido en torno a seis elementos: formal, de arriba – abajo (*top down*), abierto, voluntario, deliberativo y de control social. Los Comités de usuarias de la Ley de Maternidad Gratuita pueden ser considerados mecanismos formales de participación ciudadana convocados por la Administración Pública Sanitaria e institucionalizados mediante la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (1998), y puestos en marcha a nivel operativo tras expedir el reglamento a la misma ley en el 2002. A diferencia de las instituciones participativas convocadas por la propia ciudadanía (*bottom up*) estos comités abiertos de arriba – abajo (*top down*) son de aplicación obligatoria para todo el territorio nacional, razón por la cual contaron con reglas claras y accesibles para todos los CUS que se conformaron y funcionaron a nivel nacional.

Parte de la normativa estipulada para el funcionamiento de los comités tenemos: acta de registro de conformación registrado en el Consejo Nacional de Mujeres, número de integrantes (mínimo cinco y máximo nueve mujeres), denominación de cargos representativos al interior (presidenta, secretaria y siete vocales), reuniones anuales y actas de cada una, responsabilidades y actividades prefijadas detalladas, participación ad-honoren, y ámbitos de acción local enfocado a salud materno e infantil, y salud reproductiva (RLMGAI, 2002: artículos 10, 11 y 12).

El reglamento a la LMGAI señala que estos dispositivos participativos deben ser abiertos y voluntarios a todos los habitantes que deseen participar a nivel cantonal, con representación de sus parroquias. Se prioriza la participación de las mujeres, en calidad de beneficiarias del programa. Las integrantes de los comités son elegidas mediante votaciones directas de los moradores del cantón dando respuesta a la convocatoria local efectuada por la Unidad Operativa Pública de Salud de su lugar de residencia. Esta información sitúa a los comités como instancia semi-representativa al ser designadas por la misma ciudadanía.

Es deliberativa e informativa ya que abrió espacios para la discusión cara a cara con los profesionales y autoridades sanitarias que trabajaban en las Unidades Operativas de Salud. Las conversaciones estaban enfocadas a resolver quejas e inconvenientes reportadas por los habitantes del barrio o cantón, y tenían como finalidad poner a debate asuntos sanitarios que para los ciudadanos eran de interés general, y no considerados anteriormente por ninguna administración previa.

A pesar que los CUS contaron con normativa legal el funcionamiento de cada uno fue diferente debido a que responden a períodos y formas diferentes de accionarse y funcionar. El trabajo realizado por Sarah Dobra (2008) muestra que cada comité tenía cierto grado de informalidad y libertad al momento de crearse y funcionar. En algunos casos, las integrantes de los CUS aumentaban hasta más de 25 integrantes o disminuían de 1 a 4 miembros según su organización parroquial y preferencia interna. Lo mismo ocurrió con las frecuencias de las reuniones. Muchos CUS se reunieron mensualmente conforme lo estableció el reglamento, y otros se reunían cada 2 meses o más.

El nivel de informalidad de algunos CUS dependió en gran medida de la articulación y confluencia directa entre la organización social de cada parroquia y el compromiso del poder político local de salud. Esto implica un doble proceso de empoderamiento: social y burocrático. Dicho proceso contribuyó en algunos casos a potencializar el accionar del dispositivo en bien de aprovechar sus beneficios locales.

Una segunda pregunta a resolver está ligada con los procesos de democratización y control social abiertos por la LMGAI y la participación ciudadana en su torno. Al respecto, sostengo que los CUS pueden ser considerados interfaces de control y rendición de cuentas a nivel local ya que basándonos en Ernesto Isunza Vera (2006) se constituyeron en espacios socio – estatales de intermediación entre el aparato

burocrático racional del Ministerio de Salud Pública, y las usuarias en calidad de beneficiarias del Programa de Maternidad Gratuita. El análisis documental y legal realizado a la LMGAI (1998) y su reglamento operativo (2002) permite corroborar la premisa sostenida.

A nivel funcional, estos comités expresaron demandas y quejas consideradas como prioritarias por los moradores del cantón, parroquia y barrio con respecto a diversos tópicos de salud materno-infantil, salud sexual y reproductiva, así como también, de otros temas (diabetes por ejemplo). Del estudio efectuado por Sarah Dobra a los Comités de usuarias (2008), se conoce que la mayoría de ciudadanos locales estaban inconformes con los servicios públicos de salud por: mala atención por parte del profesional médico a mujeres y niños [as] menores de cinco años, cobros indebidos por consultas y medicamentos, casos de muerte materno-infantil por causa de falta de atención oportuna, entre los más nombrados (Dobra, 2008).

La intermediación de los Comités de usuarias en el sistema burocrático sanitario permitió llevar a cabo procesos de democratización al permitir la participación directa de las mujeres en la mejora del servicio público de salud. En un inicio, los comités pusieron en evidencia parte del mal funcionamiento administrativo, financiero y médico del Área de Salud y/o Hospital de su lugar de residencia. Después, las integrantes de los mismos comités debatieron cara a cara las dificultades encontradas con el director [a] responsable de la Unidad Operativa Pública de Salud, y buscaron en conjunto soluciones prácticas a los mismos.

Del mismo estudio de Sarah Dobra, el 80% de los CUS reportaron que posterior a su intervención las Unidades Operativas mejoraron la gestión en cuanto a: mejor trato durante la consulta a pacientes especialmente a mujeres y niños/as, les explicaron de mejor manera el diagnóstico y tratamiento, el personal en general tuvo un trato más cordial y amable con los pacientes. Por tanto, esta mejora en las relaciones público-sociales para Nylen (2003) y Wampler (2004) profundizan los procesos democráticos al aumentar la representación de los tradicionalmente excluidos a espacios públicos sanitarios como es el caso de las mujeres, así como también, al aumentar la transparencia y control social de instancias públicas sanitarias.

Una de las grandes dificultades del estudio de Sarah Dobra en el 2008 radica en no saber cómo funcionaron y se organizaron internamente los Comités de usuarias

investigados, es decir, cómo eran las relaciones entre las integrantes del CUS y las autoridades sanitarias, que temas se debatían y que temas no. Esto como consecuencia que la autora tenía otros objetivos e intereses de estudio.

De la observación de campo efectuada al Comité de usuarias del Comité del Pueblo se puede inferir que este comité –particularmente- logra reconfigurar los modos de composición y organización pública sanitaria en esta parroquia del norte de la ciudad de Quito (2008 – 2012). Lo interesante de esto radica en que el marco normativo traspasa de manera formal parte del poder y funciones de vigilancia y control de salud materno-infantil y salud sexual y reproductiva a mujeres que habitaban la parroquia del Comité del Pueblo.

Una tercera cuestión a responder: ¿En qué medida se puede decir si el proceso participativo impulsado por la LMGAI fue más o menos exitoso en el barrio del Comité del Pueblo?

Mi argumento es que la experiencia participativa del Comité de usuarias del Comité del Pueblo puede ser considerado un caso exitoso de participación ciudadana local ya que al igual que el Presupuesto Participativo de Porto Alegre, analizado desde la lupa de Baiocchi y Abers (2003) se enfoca en las necesidades que eran prioritarias para los segmentos poblaciones del sector. En el barrio del Comité del Pueblo la alta concentración de migrantes ecuatorianos, afro-ecuatorianos, mestizos e indígenas, aumentó la demanda del servicio público sanitario relativo a salud materno-infantil y de salud sexual y reproductiva, razón por la cual se convierte en un tema de interés popular para los moradores del sector.

Uno de los factores claves del éxito relativo del CUS del Comité del Pueblo es el aporte alcanzado por las mujeres lideresas locales quienes organizadas generaron lazos de proximidad para trabajar en un tema específico de salud pública. Es importante mencionar que en este barrio existía previamente una fuerte organización social impulsada desde la propia ciudadanía (lideresas y líderes) dirigida a trabajar en diferentes frentes comunitarios. Los temas que más preocupaban a la ciudadanía eran drogadicción, delincuencia, violencia, entre otros. Y claro el barrio del Comité del Pueblo era bastante inseguro y peligroso para ciertos habitantes.

Entonces, el CUS del CP fue un paraguas que permitió el acceso y participación de múltiples actrices sociales conocidas en la parroquia del Comité del Pueblo por

mantener contacto amigable con sus vecinas y amigas quienes compartían los mismos problemas y afecciones de salud. Este comité se convirtió por tanto, en una especie de vocero parlante que transmitía todo lo que la ciudadanía tenía que decir al sistema público sanitario.

A pesar que en ocasiones la literatura sobre experimentos de participación ciudadana es pesimista al argumentar que los experimentos activados por el Estado no otorgan en la práctica poder de decisión a los ciudadanos involucrados, sino más bien, aúnan la “persistencia de estructuras verticales de poder” (Therese Gutafsson, 2009: 1) en la comunidad. Además, que continúan priorizando la deliberación y toma de decisiones de los mismos grupos y élites barriales agrupadas en las localidades del sector. El estudio de caso del CUS del Comité del Pueblo se coloca a contramano de las conclusiones pesimistas, por los siguientes motivos:

- 1) El CUS del Comité del Pueblo involucra no solo a las integrantes del comité a la participación deliberativa con autoridades sanitarias, sino también, aumenta la cultura participativa de las mujeres comunes y corrientes, y las convierte en verdaderas ciudadanas, es decir, “en sujetos políticos conscientes de sus derechos” (Goldfrank, 2007: 2). La literatura existente sobre Gobierno Participativo con Poder de Decisión indica que este tipo de prácticas participativas funcionan donde tanto el gobierno como los involucrados están convencidos de que un sistema de participación directa mejorará algo de su lugar de residencia. Este comité empieza a tener éxito en el segundo semestre del 2009 a medida que las mujeres y demás usuarias y usuarios del barrio del Comité del Pueblo palpan que sus necesidades de salud eran resueltas. Lo mismo pasó con el director del hospital y demás personas que trabajaban en la Unidad Operativa Pública de Salud.

El tipo de experiencia anterior hablando del CUS del Comité del Pueblo hace hincapié a la creación de relaciones horizontales entre autoridades sanitarias y gente de la comunidad quienes establecen la necesidad de generar alianzas público – social en bien de contribuir a una mejora global. Los casos opuestos al Gobierno Participativo con Poder de Decisión, por ejemplo, el Consejo Comunal Vecinal en Perú (CCV) muestra que a pesar que las comunidades “se integraron

en el proceso de toma de decisiones en forma interactiva, las más importantes decisiones fueron tomadas por actores externos” (Therese, 2009). Esto implica que los CCV de Perú funcionaron en la medida que respondieron a lógicas clientelares tradicionales de relaciones verticales sin un convencimiento entre las partes (gubernamental y social) que su participación mejorará un determinado problema local. Lo mismo pasó con la participación ciudadana en el Valle del Tennessee, en 1949, la cual según algunos observadores “estos espacios crean la ilusión de que el pueblo tiene el control, cuando las decisiones reales siguen tomándose en otro lugar” (Abers, 2003: 337).

- 2) Parte del éxito del CUS del Comité del Pueblo se basa en que las demandas de las mujeres fueron solucionadas gracias a su participación e interferencia en el quehacer del Área de Salud No. 9. Si antes de la creación del dispositivo participativo sanitario, la dinámica de atención dependía en cierta medida de favores y regalos de tipo no monetarios (frutas, pan casero, pasteles) que los pacientes daban a los médicos por su atención. Más adelante la puesta en circulación del Comité de usuarias y el apoyo del director [a] del área de salud cambia los modos de operar entre médico y paciente restringiéndose únicamente a la atención médica sin alguna clase de incentivos selectivos. Las mujeres (pacientes) conocen y ejercen sus derechos de salud sexuales y reproductivos amparados por la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Los médicos por su parte, están obligados a: dar un servicio de mejor calidad, no cobrar por la consulta y en general respetar todos aquellos derechos a los que las mujeres tenían.

Del párrafo anterior se desprende, que este dispositivo participativo –CUS del CP- no hubiera tenido grandes impactos de no ser por el alto compromiso social y soluciones prácticas que dieron las integrantes del CUS y los funcionarios públicos (médicos y demás personal administrativo) a los problemas de los moradores. Lo que para Rebecca Abers (2003) se constituye en un proceso de doble construcción de compromiso. A menos que tanto los servidores públicos del Área de Salud, y la gente de la parroquia del Comité del Pueblo se comprometían a respaldar, participar y respetar el dispositivos participativo, el

Comité de usuarias no podría ser considerado un caso de Gobierno Participativo con Poder de Decisión.

Un factor clave que permite dar cuenta de esto, responde a la organización de las mujeres al interior del comité para evidenciar y/o mostrar los problemas reales mediante encuestas y entrevistas a las mujeres después de ser atendidas. El CUS se puso en auge y atrajo la participación de las demás mujeres quienes identificaban sus problemas de salud y acudían a donde cualquiera de las integrantes del comité para comentarles el imprevisto. El CUS desde su funcionamiento en el 2009 hasta el 2012 se ganó el apoyo y respaldo de algunos directores [as] del Área de Salud y la credibilidad de los moradores del sector al ver que su trabajo aumentaba la confianza de las personas al centro de salud (Entrevista, Soto, 2014).

A pesar de sus rendimientos positivos surge la inquietud ¿Cuáles fueron los límites más notorios a la participación y al empoderamiento popular en el marco de la experiencia analizada?

Uno de los mayores limitantes que tuvieron que enfrentar los CUS a nivel nacional está ligado algunas experiencias participativas que muestran que la burocracia tiende a resistir la dinámica de trasladar la toma de decisiones a la gente común y corriente, a quienes consideran carentes de la experiencia técnica necesaria (Abers, 2003: 337-338). Es así, que las mejoras en los servicios públicos de salud no fueron transversales en todos los escenarios de actuación de los comités, es decir, únicamente en aquellos espacios que eran aprobados por el director [a] de la Unidad Pública de Salud, y que en cada CUS funcionó de manera diferente.

Entre las cosas que se cambiaron a consecuencia de la interferencia de las mujeres fue el trato por parte del personal médico y administrativo hacia las usuarias, el cual mejoró considerablemente. A diferencia de estos logros, las integrantes no pudieron: acceder a la información relativa a las prestaciones de salud y participar en la evaluación local de actividades, conjuntamente con la unidad de salud. Numerales a y c del artículo 11 del Reglamento a la LMGAI. Esto muestra que la participación del Comité de usuarias no fue transversal en todos los ámbitos definidos en el reglamento a

la LMGAI. Su actuación – no para todos los CUS- estaba en cierto grado supeditada a las decisiones de la máxima autoridad.

Tengo mis dudas de cómo se efectuaban los acuerdos internos dentro del Comité de usuarias del Comité del Pueblo, es decir, evidenciar si efectivamente las decisiones tomadas por las integrantes correspondían a lo dicho por las dos entrevistadas. La explicación a esta duda radica en dos temas. El primero, una de las entrevistadas era la coordinadora del CUS y la información proporcionada no pudo ser validada con otras integrantes pues éstas no quisieron ser entrevistadas. El segundo, la otra entrevistada no quiso entrar en mayor detalle, conocía de la entrevista realizada a la coordinadora.

Otro limitante del caso de estudio -CUS del Comité del Pueblo- fue la falta de recursos económicos, y fuentes de financiamiento constantes que puedan generar flujo de dinero para la consecución de actividades del comité. Claro cuando se habla de prácticas participativas (Presupuestos Participativos, Planes para la Conservación del Hábitat, etc.) la mayoría de las veces los participantes lo hacen ad-honoren. Por lo que tienen que organizarse con sus otras actividades laborales, educativas, familiares. El Comité de usuarias del Comité del Pueblo en algunas ocasiones contó con el apoyo económico externo de ONG como Plan Internacional y Fundación Utopía para imprimir volantes sobre derechos de mujeres y LMGAI para repartir en la sala de espera del Área de Salud. Esto muestra una vez más el compromiso comunitario de las integrantes de dicho comité.

Por último someteremos a discusión crítica la cuestión: ¿qué sucede hoy con la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia?

La Constitución del 2008 cambia el escenario político y organizativo en el Estado ecuatoriano al definir como grupos de atención prioritaria a mujeres embarazadas, niños y niñas y adolescentes, adultas y adultos mayores. La garantía del derecho a la salud implica en mayor medida para estos grupos: atención médica, rehabilitación gratuita y especializada en todos los niveles y servicios públicos de salud a nivel nacional, además de, el acceso permanente a programas de salud sexual y reproductiva. Dada la constitución, la LMGAI quedaría según algunos actores institucionales y legislativos (Ministerio de Salud Pública y Asamblea Nacional) inconsistente dentro del nuevo marco constitucional.

A pesar de la normativa legal y jurídica de la nueva Carta Magna, las organizaciones de mujeres mencionan que la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia no debería ser eliminada ya que garantiza el derecho a la salud materno-infantil a través de un fondo económico fijo establecido únicamente para lo que contempla dicha ley. Sin olvidarnos, que la ley es fruto de la lucha reivindicativa de múltiples actoras sociales y políticas que desde principios de los noventa hasta el final impulsaron su legalidad y vigencia en el ámbito nacional.

En la actualidad (2015), la ley sigue aún vigente, lo cual nos conduce a pensar la fuerza e impacto que tiene para la sociedad ecuatoriana tras haber sobrevivido diecisiete años, cinco Presidentes Constitucionales y muchas reformas constitucionales. En cuanto a los CUS la experiencia participativa está siendo analizada por la Dirección de Participación del Ministerio de Salud Pública con la intención de aprender de este tipo de dispositivos participativos considerado como una buena práctica de participación social en el sistema nacional público de salud.

GLOSARIO

ACDI	Fondo Canadiense Comunidad Europea
ASOTAB	Asociación Ecuatoriana de la Agroindustria Tabacalera
BDH	Bono de Desarrollo Humano
BM	Banco Mundial
CAS	Comité de Apoyo y Seguimiento
CP	Comité del Pueblo
CCI	Comisión Contra la Corrupción
CEPAR	Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social
CGFSL	Comité de Gestión de los Fondos Solidarios de Salud
CONAMU	Consejo Nacional de Mujeres
CONASA	Consejo Nacional de Salud
CTC	Comité Técnico de Calidad
CS	Centro de Salud
CS	Comité de Salud
CU(S)	Comité[s] de Usuaris
DMQ	Distrito Metropolitano de Quito
DPS	Dirección Provincial de Salud
FMI	Fondo Monetario Internacional
FONNIN	Fondo Nacional para la Nutrición Infantil
GPPD	Gobierno Participativo con Poder de Decisión
HEG	Hospital Enrique Garcés
ICE	Impuesto a los consumos especiales
INFA	Instituto de la niñez y la familia
IPD	Innovación Participativa Democrática
LMG	Ley de Modernización
LMGAI	Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
MSP	Ministerio de Salud Pública
MODERSA	Proyecto de Modernización de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PACHAKUTIK	Movimiento de Unidad Plurinacional Pachakutik
PC	Poder de Contrapeso
PAE	Programa de Alimentación Escolar
PMGAI	Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
PP	Presupuesto Participativo
PS	Promotora de Salud
PSC	Partido Social Cristiano
PUR	Partido Unidad Republicana
RLMGAI	Reglamento a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
UE	Unidad Ejecutora
UELMGAI	Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UO	Unidades Operativas
US	Unidad de Salud

BIBLIOGRAFIA

- Álvarez, Marco (1999). *“Crisis Económica como causa de deterioro de la calidad de vida, periodo 1988-1998.- Sus perspectivas”*. Disertación de Tesis. Instituto de Altos Estudios Nacionales.
- Archivo Digital de Noticias (1994). *“No Al Cobro de los Servicios de Salud”*, sección: actualidad, noviembre 30. Disponible en <http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/no-al-cobro-de-los-servicios-de-salud-26013.html>, visitado en mayo 14 de 2014.
- Blas, Asier e Ibarra, Pedro (2006). *“La participación: estado de la cuestión”*. Cuadernos de Trabajo de Hegoa. Número 39.
- Coelho, André Luiz; Mendonça Cunha Filho, Clayton y Pérez Flores, Fidel (2010). *“Participación ampliada y reforma del Estado: mecanismos constitucionales de democracia participativa en Bolivia, Ecuador y Venezuela”* en OSAL (Buenos Aires: CLACSO) Año XI, N° 27, abril.
- Colombo, Clelia (2006). *“Innovación democrática y TIC, ¿hacia una reforma participativa?”* Revista de Internet, Derecho y Política, dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2119691.pdf (visitado en el mes de agosto, 21, 2014).
- CONAMU (1999). *“Ley Reformatoria de Maternidad Gratuita”* Quito-Ecuador: Editorial e Imprenta Delta S.C.C.
- Coraggio, José Luis (1989). *“Participación popular y vida cotidiana”* en: J. L. Coraggio: Ciudades sin rumbo, SIAP-CIUDAD, Quito, 1991, pp. 215-237.
- Corbellini, Leticia (2005). *“Los movimientos sociales en Latinoamérica en la década de los noventa: Los casos de Argentina, Bolivia y Ecuador”*. Disertación de licenciatura. UNICEN.
- Cunill, Nuria (1997). *“Repensando lo público a través de la sociedad”*. Caracas. Clad.
- Constitución de la República del Ecuador (2008). Quito – Ecuador.
- Dagnino, Evelina., Olvera, Alberto., Panfichi, Aldo (2007). *“Innovación democrática en América Latina: Una primera mirada al proyecto democrático-participativo”*.
- Dagnino, Evelina (2002). *“Sociedad civil, Participación y Ciudadanía en Brasil”*. Brasil. Departamento de Ciencia Política, Universidad Estatal de Campinas.
- Dagnino, Evelina (2004). *“Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando?”* en Mato, Daniel (coord.) Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización (Caracas: FACES-UCV).

Diario Hoy (1994). “*Maternidad Gratuita Una Realidad*”, sección: actualidad, septiembre 1. Disponible en <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/maternidad-gratuita-una-realidad-26297.html>, visitado en mayo 14 de 2014.

Diario Hoy (1996). “*Una Entidad con Mayor Jerarquía para las Mujeres*”, sección: actualidad, agosto 22. Disponible en <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/una-entidad-con-mayor-jerarquia-para-las-mujeres-116783.html>, visitado en junio 2 de 2014.

Dobra, Sarah (2008). “*Perfil de los Comités de Usuarios/as y sus Experiencias en Veeduría de la Ley de Maternidad Gratuita*”. Quito – Ecuador.

Echeverría, Ramiro (1997). “*El proceso de reforma del sector salud en el 1992 – 1997: Aportes para el debate*”.

Entrevista a Ximena Abarca, ex funcionaria de la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad y Atención a la Infancia, 2014.

Entrevista a Ninfa León, ex funcionaria de la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad y Atención a la Infancia, 2014.

Entrevista a Fabricia Soto, Coordinadora del Comité de usuarias del Comité del Pueblo, 2014.

Entrevista a señora Portilla, Integrante del Comité de usuarias del Comité del Pueblo, 2014.

Freidenberg, Flavia y Alcántara, Manuel (2001). “*Partido Social Cristiano*”. En *Partidos políticos de América Latina. Países Andinos*.

Fung, Olin, Abers et al (2003). “*Democracia en Profundidad: Nuevas formas institucionales de gobierno participativo con poder de decisión*”. Universidad Nacional de Colombia, Facultad, Ciencias Políticas y Sociales. Editorial: Lilia Solano. Colombia.

Fung, Archon y Olin, Erik (2003). “*En torno al Gobierno Participativo con Poder de Decisión*” en: *Democracia en Profundidad: Nuevas formas institucionales de gobierno participativo con poder de decisión*. Universidad Nacional de Colombia, Facultad, Ciencias Políticas y Sociales. Editorial: Lilia Solano. Colombia.

Goldfrank, Benjamín (2006). “*Los procesos de presupuesto participativo en América Latina: éxito, fracaso y cambio*”. Universidad de Nuevo México, Estados Unidos. *Revista de ciencia política*, volumen 26, núm. 2.

Goldfrank, Benjamín (2007). “*La democracia participativa y la izquierda democrática*”. *Revista Nueva Sociedad* 212. Noviembre – Diciembre 2007.

Grupo de Trabajo de los Derechos de las Mujeres de la Comisión de Coordinación Pública para los Derechos Humanos del Ecuador (2006) *“Sexto y Séptimo Informes Oficiales Consolidados del Ecuador para la Aplicación de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer - CEDAW Periodo 1998-2006”*. Quito-Ecuador.

Google Maps (s/f). “Mapa de la parroquia del Comité del Pueblo”. Disponible en <https://www.google.com.ec/maps/place/Comit%C3%A9+del+Pueblo,+Quito/@-0.1204534,-78.4594328,15z/data=!3m1!4b1!4m2!3m1!1s0x91d58f8e4fc1cd57:0xfc483a9d6413106d>, visitado en mayo 14 de 2014.

Hermida, J., Romero, P., Abarca, X., Vaca, L., Robalino, M.E., y Vieira, L (2005). *“La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) en el Ecuador. Informe LACRSS No. 62. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad”*. Quito – Ecuador.

Infante et al. (2000). *“Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias”*. Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health.

Grupo Faro. (2008). *“Guía Práctica de Incidencia Política para organizaciones intermedias en y con organizaciones de base”*. Quito – Ecuador.

Isunza, Vera (2006). *“Para analizar los procesos de democratización: interfaces socioestatales, proyectos políticos y rendición de cuentas”*, en Democratización, rendición de cuentas y sociedad civil. México DF.

Krainer, Anita y Mora, María Fernanda (coordinadoras) (2013). *“Actores, procesos y retos de la descentralización en Ecuador”* Quito: FLACSO, Sede Ecuador: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ).

La Llave (2003). *“Guía para la conformación y funcionamiento de los Comités de Usuaris de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia”* Quito-Ecuador.

Lechner, Norbert (1994). *“La (problemática) invocación de la sociedad civil”*. Ponencia presentada al VIII Encuentro Internacional de Ciencias Sociales en el marco de la Feria Internacional del Libro en Guadalajara.

León, Ninfa (2006). *“Foro Regional para el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud – Honduras”*. Panel 4: Experiencias de extensión de protección social en salud: Esquemas de aseguramiento subsidiados por recursos públicos. Presentación Tegucigalpa, Honduras.

Ley No. 129, publicada en el Registro Oficial No. 381 de 10 de agosto de 1998. Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Therese Gutafsson, María (2009). *“Inclusión o cooptación de comunidades indígenas en la política local. Reflexiones desde los Andes peruanos”* Disponible en <http://alhim.revues.org/3080>, visitado en agosto 24 de 2014.

Maximy y Peyronnie (2000). *“Gente de Quito”*. Abya-Yala – CEDIME.

Ministerio de Salud Pública, Consejo Nacional de Salud (2002). *“Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador”*. Quito – Ecuador.

Ministerio de Salud Pública (2014). *“Consejo Ciudadano Sectorial en Salud”*. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/consejo-ciudadano-sectorial-de-salud/>. Fecha de acceso: 02 de septiembre de 2014.

Moreta, Alexandra (2008). *“Análisis crítico de los Comités de Usuarías de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia como procesos de participación ciudadana y gestión local”*. Tesis previa a la obtención del título de Licenciada. Universidad Politécnica Salesiana. Quito-Ecuador.

Naranjo, Mariana (2008). *“Ecuador: reseña de los principales programas sociales y lecciones aprendidas, 2000 – 2006”*. Santiago de Chile. Naciones Unidas.

Organización Panamericana de la Salud (2002). *“La salud en las Américas”*. Volumen 1. Edición. Washington, D.C.: OPS

Organización Panamericana de la Salud (2008). *“Esquemas de protección social para la población materna, neonatal e infantil: lecciones aprendidas de la Región de América Latina”*. Washington, D.C.: OPS,

Parés, Marc (coord.) (2009). *“Introducción: Participación y evaluación de la participación”* en Participación y calidad democrática. Evaluando las nuevas formas de democracia participativa. Barcelona: Editorial Ariel S.A.

Paz y Miño, Juan J (2006). *“Ecuador: una democracia inestable”*, en Revista Electrónica Historia Actual On Line (HAOL) N° 11, Otoño. Pág. 91.

Ramírez, Franklin (2001). *“La política del desarrollo local. Innovación institucional, participación y actores locales en dos cantones indígenas del Ecuador”*. Quito, CIUDAD, 2001. (Ensayos Forhum No. 16).

Ramírez, Franklin (2012). *“El Estado en disputa: Ecuador 1990-2011”*, en Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, Plan Internacional, Save the Children, UNICEF.

Ramírez, Franklin y Espinoza, Alejandra (2012). *“Ocupando la silla vacía representación y participación en el tránsito posconstitucional del Ecuador”*. Cuadernos del Cendes. Volumen 29. No. 81 Caracas des. 2012.

Ramírez, Franklin y Unda, Mario (2003). *“Participación ciudadana y Presupuesto Participativo”*. Centro de Investigaciones CIUDAD – Programa PANA 2000. Quito – Ecuador.

Mosquera, María Auxiliadora (s/a). *“Estudio de Legislación Ecuatoriana sobre la Mujer, el Niño y la Familia”*.

Reglamento a la Ley de Maternidad Gratuita y de Atención a la Infancia No. 2704, del 5 de junio del 2002.

Robert E. Dowse, John A. Hughes (1975). *“Participación política”*. Madrid: Alianza S.A. Capítulo 9. PP. 359- 397.

Salud de Altura (2014). *“Creación y funciones de los Comités de Usuarías-os”*. Disponible en <http://www.saluddealtura.com/todo-publico-salud/participacion-ciudadana/comite-usuarias/comite-usuarias-ley-maternidad/>, visitado en julio 5 de 2014.

Santillana, Alejandra y Aguinaga Margarita (sf). *“El Movimiento de Mujeres y Feministas del Ecuador”*. Disponible en <https://es.scribd.com/.../El-Movimiento-de-Mujeres-y-Feministas-Del-Ec...>, visitado en junio 9 de 2014.

Salvador, Jorge (1994). *“Breve Historia Contemporánea del Ecuador”*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.

Schneider, Cecilia y Welp, Yanina (2011). *“Transformación democrática o control político. Análisis comparado de la participación ciudadana institucional en América del Sur”*. En *Íconos Revista de Ciencias Sociales*. Núm. 40. Quito – Ecuador.

Tuaza, Luis Alberto (2006). *“Aporte de las Comunidades Indígenas de Colta y Guamote a la formación y actuación del Pachakutik Nuevo País”*. Disertación de maestría. Flaco Ecuador.

Unicef (2007). *“Cómo va la inversión social”*. Publicación semestral No. 19. Mayo 2007. Quito – Ecuador.

Unicef, Ministerio de Finanzas del Ecuador, Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (2009). *“Cómo va la inversión social”*. Publicación cuatrimestral. Anexo al boletín No. 25. Quito – Ecuador.

Unicef, Ministerio de Finanzas del Ecuador, Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (2011). *“Cómo va la inversión social. Ejecución presupuestaria en el sector social durante el periodo enero – diciembre 2011”*. Publicación semestral No. 33.

Unicef, Ministerio de Finanzas del Ecuador, Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (2009). *“Cómo va la inversión social. Sectorial Salud”*. Disponible en http://www.unicef.org/ecuador/como_va_la_inversion_n28_Parte2.pdf, visitado en junio 12 de 2014.

Uquillas, Alfredo (2007) *“El fracaso del neoliberalismo en el Ecuador y alternativas frente a la crisis”* Texto completo en www.eumed.net/libros/2007c/313/. Pág. 11.

Viejo et al. (2009). *“La participación ciudadana en la esfera pública: enfoques teóricos – normativos y modelos de democracia”* en Participación y calidad democrática. Evaluando las nuevas formas de democracia participativa. Barcelona: Editorial Ariel S.A.

Villareal, Nelson (2004). *“La larga machar hacia la igualdad”*. FESUR – Montevideo.

Villacrés, Nilhda (2008). *“Buen gobierno en salud: un desafío de todos”*. FLACSO, Sede Ecuador.

Vos, Rob et al. (2000). *“Ecuador 1999: crisis económica y protección social”*. En *Estudios e informes del SIISE, No. 1*. Quito – Ecuador: Ediciones Abya – Yala.

Walzer, Michael (1993). *“Las esferas de la justicia. Una defensa del pluralismos y la igualdad”*. México. Fondo de Cultura Económica.