

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva

Alcance de la participación ciudadana en el derecho a la Salud

Una perspectiva desde los Actores Sociales de la Parroquia de Tumbaco, durante los años 2015 – 2016

Ruth Margarita Lara Ponce

Tutora: Luz Dary Carmona Moreno

Quito, 2018



Cláusula de cesión de derecho de publicación de tesis

Yo, **Ruth Margarita Lara Ponce**, autora de la tesis: **“Alcance de la participación ciudadana en el derecho a la Salud: Una perspectiva desde los Actores Sociales de la Parroquia de Tumbaco, durante los años 2015 – 2016.”**, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos a la obtención del Título de Doctor en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad en la Universidad Andina Simón Bolívar.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad utilizar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial de los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en la red local y en internet.

2. Declaro que, en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.

3. En esta fecha entrego a la Secretaría General el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

Diciembre de 2018

Firma

Resumen

El documento presenta un análisis sobre el alcance de la participación ciudadana como estrategia para el logro del derecho a la Salud en la Parroquia de Tumbaco, durante los años 2015 al 2016. La investigación parte de identificar la visión de Ministerio de salud Pública en relación con la participación ciudadana enmarcada en la institucionalidad, las políticas públicas, que fomenta el derecho a la salud, mediante mecanismos como la participación y toma de decisiones vinculadas a los niveles de gestión y atención en salud y su nivel de realización efectiva en una experiencia local con una amplia trayectoria de participación comunitaria sustentada desde los procesos y dinámicas propias que proviene de una tradición de gestión propia, las cuales son afectadas y modificadas por esta lógica institucional.

Para el análisis el enfoque del paradigma crítico específicamente la Epidemiología Crítica que toma como categoría central la determinación social que posibilita la comprensión de la salud a partir de las relaciones entre producción, propiedad, poder, dando lugar a los procesos salud – enfermedad como resultante de estas relaciones permite una comprensión compleja de la misma en el marco de los procesos de producción capitalista explicando la interacción entre el sujeto y la naturaleza como movimiento dialectico. Desde esta perspectiva la salud es una construcción social y el poder una condición central de la participación, como elemento sustantivo para la realización de la salud como derecho. La investigación plantea que antes de promulgarse la Ley orgánica de participación ciudadana, había una participación basada en las prácticas y necesidades de las poblaciones en sus territorios, presentadas en la categoría participación ciudadana, y después de la Ley, una participación institucionalizada, instrumentalizada a partir de la lógica del Estado; se identificó la concepción del derecho a la salud desde la percepción de la comunidad; en la política pública, se destaca la identificación del nivel de participación ciudadana en la misma con lo cual se explicitan las relaciones de poder, en los procesos de transformación social.

En las conclusiones, tomando como referencia las voces de los actores sociales se muestra que el alcance de la participación ciudadana como derecho a la salud en la parroquia de Tumbaco aun no logra afectar las determinaciones de la salud y modificar las relaciones de poder que las sustentan, por lo cual se viene manteniendo las prácticas comunitarias bajo la lógica institucional.

Dedicatoria

A Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados

A mi familia que estuvo en forma permanente apoyando este esfuerzo, y que, con su paciencia y cariño, gracias a ustedes he logrado culminar con éxito esta investigación. En especial a mi padre que estuvo apoyándome hasta el final de sus días.

Agradecimientos

A los actores sociales comunitarios de Tumbaco, quienes me apoyaron desde sus voces para recopilar información de soporte de este trabajo

A los actores sociales del Estado, quienes transmitieron desde sus voces experiencias vividas en la implementación de esta política.

A Mónica Quintana, por su apoyo incondicional en el desarrollo de esta tesis

Y por supuesto a Luz Dary Carmona, mi tutora de tesis por su apoyo, solidaridad y compromiso permanente en la elaboración de esta tesis.

Tabla de contenido

Introducción.....	19
Capítulo Uno	
Problema, enfoque y método	23
1.1. Problema: la Participación formal y su escisión de las prácticas.....	23
1.2. Enfoque de la investigación	28
1.2.1. Categoría derecho a la salud.....	32
1.2.2. Categoría Participación Ciudadana	37
1.2.3. Categoría política pública.....	39
1.3. Diseño metodológico e implementación.....	44
1.3.1. Fase 1: Momento teórico –metodológico.	44
1.3.2. Fase 2: Trabajo de campo.....	45
1.3.3. Fuentes y herramientas de análisis.	45
Capítulo Dos	
Caracterización de las condiciones de vida en la parroquia de Tumbaco desde la determinación social.....	51
2.1. Condiciones y Contexto Histórico	52
2.2. Dimensión general	54
2.3. Dimensión particular: Condiciones de vida y salud	55
2.3.1. Caracterización demográfica	55
2.3.2. Condiciones de trabajo	58
2.3.3. Condiciones de Vivienda.....	62
2.3.4. Educación	64
2.3.5. Salud.....	65
2.4. Dimensión individual.....	79
Capítulo tres	

Análisis de categorías	81
3.1. Análisis de la Categoría Participación Ciudadana	82
3.2. Análisis de Concepción del derecho a la Salud	93
3.3. Análisis de la Categoría Política Pública	97
Conclusiones y Aprendizajes.....	113
Bibliografía.....	117
Anexos.....	123

Tabla de cuadros

Cuadro 1. Determinación Social de la Participación Ciudadana como Derecho a la Salud	31
Cuadro 2. Categorías de análisis.....	46

Tabla de figuras

Figura 1.Relación Praxis-Objeto-sujeto / Participación	39
Figura 2. Lugares de participación de los actores sociales.....	92

Tabla de Mapas

Mapa 1. Crecimiento poblacional Parroquia de Tumbaco	56
--	----

Tabla de Tablas

Tabla 1. Fuente secundaria: Archivo documental.....	48
Tabla 2. Perfil de los entrevistados.....	49
Tabla 3. Perfil de los actores sociales entrevistados.....	50
Tabla 4. Auto identificación étnica.....	57
Tabla 5. Pueblo indígena al que pertenece la población.....	58
Tabla 6. Tipo de Vivienda población Parroquia de Tumbaco.....	63
Tabla 7. Indicadores de Salud Parroquia de Tumbaco.....	67
Tabla 8. Mortalidad Infantil. Parroquia de Tumbaco. 2016.....	74
Tabla 9. Indicadores parroquia de Tumbaco. Diagnóstico de salud.....	78
Tabla 10. Atención de grupos de riesgo, situaciones de violencia doméstica, maltrato. Parroquia de Tumbaco 2016.....	104

Tabla de Gráficos

Gráfico 1. Nacionalidad o pueblo indígena al que pertenece la población.....	57
Gráfico 2. Movilidad poblacional según censo 2010 de la Parroquia de Tumbaco.....	61
Gráfico 3. Tasa de mortalidad general por año de la Población de Tumbaco. 2010 – 2016.....	68
Gráfico 4. Causas de Mortalidad registradas en el 2010. Parroquia de Tumbaco.....	69
Gráfico 5. Causas de Mortalidad registradas en el 2014. Parroquia de Tumbaco.....	70
Gráfico 6. Causas de Mortalidad registradas en el 2015. Parroquia de Tumbaco.....	71
Gráfico 7. Causas de Mortalidad registradas en el 2016. Parroquia de Tumbaco.....	71
Gráfico 8. Principales causas de Morbilidad. Parroquia de Tumbaco 2016.....	76
Gráfico 9. Categorías de análisis y densidad de aportes de los actores sociales.....	96
Gráfico 10. Atención primaria en salud. Atenciones prestadas por el primer nivel de atención en la parroquia de Tumbaco 2016.....	102
Gráfico 11. Atención médica a grupos prioritarios, primer nivel de atención parroquia Tumbaco, 2016.....	103
Gráfico 12. Primer nivel de atención, mujeres embarazadas, 2016.....	104
Gráfico 13. Actividades Extramurales. Atención primaria en salud, 2016.....	105
Gráfico 14. Primer nivel de atención. Atención Extramural vs Atención intramural, 2016.....	106
Gráfico 15. Registro de casos de desnutrición en la parroquia de Tumbaco, años 2014 a 2016.....	107
Gráfico 16. Registro de casos de desnutrición en la parroquia de Tumbaco, años 2015.....	108
Gráfico 17. Registro de casos de desnutrición en la parroquia de Tumbaco, años 2014 a 2016.....	109
Gráfico 18. Categoría Política publica.....	111

Tabla de Anexos

Anexo 1. Formato de consentimiento informado	123
Anexo 2. Formato de entrevistas semiestructuradas	124
Anexo 3. Guía para los grupos focales	126
Anexo 4. formato para realizar análisis de discursos, artículos de prensa	127
Anexo 5. Mapa de actores	128
Anexo 6. Codificación de las entrevistas de acuerdo a perfil del actor y lugar de desempeño	129
Anexo 7. Categorización, codificación por familias y ponderación.....	130

Introducción

La Constitución del Ecuador (2008) y la Ley orgánica de participación ciudadana establecen una nueva relación entre el Estado y la sociedad, que promueve una gestión pública con participación (Asamblea Constituyente del Ecuador 2008; Ecuador. Secretaría de Pueblos, Movimientos Sociales, & Participación Ciudadana 2010). En este marco constitucional, los Ministerios que constituyen el nivel sectorial, deben configurar un conjunto de instancias, relaciones, herramientas y mecanismos de participación que interactúan de manera articulada como estrategia para garantizar el ejercicio del derecho de participación ciudadana en salud (Ecuador Ministerio de Salud Pública 2017).

En este marco normativo la presente investigación realizó un análisis del Alcance de la Participación ciudadana como estrategia para el logro del derecho a la Salud en la Parroquia de Tumbaco, durante los años 2015 al 2016.

El documento presenta el siguiente orden: en el primer capítulo se plantea como problema de la investigación: de la participación formal a la transformación de las prácticas en donde se hace un recorrido desde el Estado mencionando a la Constitución del 2008, en la cual se promulga la participación ciudadana como un derecho, en el capítulo, se contrasta la visión de un antes de la promulgación de la Ley Orgánica de participación Ciudadana con un después de la Ley en la cual se propuso articular la participación ciudadana con el poder ciudadano desde los diferentes niveles de gestión, desde el nivel local hacia el nacional para garantizar el derecho a la salud. En la Ley Orgánica de participación Ciudadana, la participación en salud es un derecho garantizado a través del Ministerio de Salud Pública que debe incentivarla con el fortalecimiento de mecanismos de participación que ya existían y en el aporte a la toma de decisiones vinculadas a los diferentes niveles desde el local, así como la proyección hacia el Sistema Nacional de Salud y el ciclo de la política pública.

En la segunda parte del capítulo uno también se presenta el enfoque que se utilizó: el paradigma crítico y específicamente la Epidemiología Crítica que toma como categoría de análisis la determinación social para comprender las relaciones de propiedad, poder

como resultantes de procesos complejos de la producción capitalista en la interacción entre el sujeto y la naturaleza como movimiento dialéctico. La relación sujeta–objeto está configurada de forma dinámica y relacional y está enmarcada en las posturas y valores sociales de la investigadora situada en el contexto; por ende, el proceso investigativo reconoce la praxis como elemento central de las prácticas sociales.

Al desarrollar el análisis desde la perspectiva crítica se buscó no solo describir sino comprender las condiciones socio histórico en que se realizan los procesos de participación y su vínculo para la realización del derecho a la salud en Ecuador específicamente en el territorio de Tumbaco. En tal sentido se trató de establecer la relación entre determinación social de la salud, derecho y participación social como tres categorías que permiten la comprensión del alcance de la participación y su nivel de incidencia en la Política de salud la cual ha sido instituida a partir de la Constitución.

En este contexto, se identificó dos maneras de interpretar la participación desde los diferentes lugares que ocupan los actores sociales; por un lado, la participación institucionalizada desde la visión del Ministerio de Salud Pública y del otro la participación comunitaria, desde la experiencia de procesos comunitarios del nivel local, sus posibles articulaciones y contradicciones en el proceso de construcción del derecho a la salud.

El capítulo uno cierra presentando el proceso metodológico que se desarrolló en tres fases: i) diseño teórico–metodológico que presenta la perspectiva de la investigación y sus relaciones con las categorías, ii) el trabajo de campo que presenta los momentos del proceso de recolección de información y iii) se presenta el proceso de análisis final para la obtención de los resultados.

En el proceso metodológico se utilizaron fuentes de información: primarias, como las voces de los actores sociales; y secundarias revisión documental referidos a los desarrollos de la política de participación ciudadana como documentos institucionales, artículos de prensa, revisión de indicadores de salud pública y mapas. Los instrumentos utilizados fueron: entrevistas semiestructuradas, grupo focal y revisión documental.

Para el proceso de análisis se organizaron como unidades de análisis las transcripciones de las entrevistas de los actores sociales, los documentos institucionales (políticas, lineamientos, actas), los indicadores de morbilidad, mortalidad evitable, desnutrición y datos de calidad de vida del INEC.

El proceso de análisis se realizó a partir de las categorías propuestas: participación ciudadana, concepción de derecho a la salud y determinación social y política pública, en este análisis se utilizó el software Atlas TI.

En el segundo capítulo el contexto y antecedentes de la participación ciudadana en la determinación social, permite visualizar las diferentes instancias de participación, el mismo que se viene trabajando en la parroquia de Tumbaco, desde antes de la Ley Orgánica de participación ciudadana, con esto se reconoce que la participación en salud tuvo objetivos claros en el desarrollo de propuestas de políticas públicas y como parte de esta práctica con diferentes actores sociales han sido transformadores en las condiciones de vida de la comunidad. En este capítulo, desarrolla una visualización de las condiciones previas a la implementación de la política de participación ciudadana como derecho a la salud en la parroquia de Tumbaco, presenta los elementos necesarios que van a permitir comprender el lugar y el tiempo del proceso de implementación. Se organiza acorde con la determinación social de lo general a lo particular: procesos económicos-estructurales, sociales culturales que organizan la vida en una sociedad, es decir las condiciones de vida en Tumbaco; en segundo plano identificación de relaciones de poder individual y grupal enmarcadas en las prácticas sociales para lo cual el papel de los actores sociales y sus posturas demarcan para incidir o decidir en la política, y tercero un plano singular se evidencia los comportamientos o posturas individuales en relación con la participación, tales como: defensa de lo público/ defensa de intereses particulares (es dialéctico).

En el tercer capítulo, se analizan los resultados teniendo como referente las categorías propuestas: participación ciudadana, concepción del derecho a la salud y determinación social de la salud, y política pública, en sus vínculos con la participación ciudadana.

La primera categoría de participación ciudadana vista desde la determinación social, es entendida como una práctica social enmarcado en las relaciones de poder, lo que implica diferentes niveles; en el plano comunitario hace parte de las relaciones sociales de la comunidad, en donde se expresan sus interacciones que se movilizan por intereses; en el plano social corresponde a las formas de relacionamiento con el Estado en donde las relaciones de poder se estructuran en la movilización del poder en relación con el bien general y los intereses particulares y comunitarios. Desde esta perspectiva la participación se configura en procesos identitarios de clase social que producen el tejido

social que a su vez esta subsumido en la producción, y la cultura enmarcado en relaciones de poder.

En la categoría concepción del derecho a la salud, permite develar las diferentes disputas conceptuales que se dio en el desarrollo de las experiencias de los actores sociales, se analiza la disputa general de derecho como participación ciudadana vinculado a la determinación social y la capacidad de incidencia o decisión que posee la comunidad para afectar esas determinaciones que afectan la salud y la calidad de vida Para producir el derecho. En cuanto a la categoría de políticas públicas se analiza la política pública de participación ciudadana en sus contradicciones con el derecho a la salud.

El cuarto capítulo presenta las conclusiones en forma de reflexión orientado a la luz de las preguntas planteadas procurando identificar algunas recomendaciones en relación con el alcance participación ciudadana como derecho en la salud en la parroquia de Tumbaco los años 2015 -2016.

Capítulo Uno

Problema, enfoque y método

1.1. Problema: la Participación formal y su escisión de las prácticas.

Para los años 1978 ya la Declaración Mundial de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud, que paso a ser un referente para la promulgación de políticas públicas en salud, en donde la participación en salud juega un papel central en el campo de la salud pública, así:

...IV El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud.

VII La atención primaria en salud:

...4.- entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos estos sectores; 5.- exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria en salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar... (Organización Panamericana de la Salud/MSP 1978).

Históricamente, esta promulgación de la Declaración de Alma Ata fue el inicio para la implementación de políticas públicas en todo el mundo, en donde se eje central fue la participación comunitaria dentro de la atención primaria en salud.

Posterior a lo anterior, surge en 1986 la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud reunida en Ottawa el 21 de noviembre de 1986 emite la presente Carta dirigida a la consecución del objetivo “Salud para todos en el año 2000”. La participación en la promoción de la salud implica: la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes favorables, el desarrollo de las aptitudes personales, la reorientación de los servicios sanitarios, el reforzamiento de la acción comunitaria.

Reforzamiento de la acción comunitaria, en donde la promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad, en la fijación de prioridades, la toma

de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos. El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un constante acceso a la información y a la construcción sanitaria, así como la ayuda financiera. (Organización Mundial de la Salud 1986).

A esto podemos sumar lo promulgado en el Informe Mundial de Determinantes Sociales (2008).

“La justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura... La desigualdad de las condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales profundos. Las desigualdades son sistemáticas y con el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran e incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios y del acceso a estos...” (Organización Mundial de la Salud 2009).

La distribución desigual del poder es la principal causa de los factores estructurales de las desigualdades en las condiciones de vida que analiza este informe. Las desigualdades del poder interactúan en cuatro dimensiones principales –política, económica, social y cultural- que, en conjunto, constituyen todo el espectro a través del cual los grupos, en distinta medida son excluidos o incluidos. (Organización Mundial de la Salud 2009).

En general, la participación ciudadana en la última década adquiere importancia en el ámbito de Salud Pública en donde el ciudadano, como agente activo, tiene el derecho a participar de forma individual y colectiva en el proceso de salud al involucrarse en iniciativas de planificación de políticas de salud. En Ecuador este ejercicio comienza a reforzarse a partir de la Constitución del 2008, en el artículo 95: “Corresponde a las ciudadanas y ciudadanos, en forma individual y colectiva, participar de forma protagónica en la toma de decisiones, planificación y gestión de los asuntos públicos, y en el control popular de las instituciones del Estado y la sociedad, y de sus representantes, en un proceso permanente de construcción (Asamblea Constituyente del Ecuador 2008).

A partir del año 2010, el Ministerio de salud Pública, como autoridad Sanitaria viene ejecutando una serie de herramientas para articular la participación ciudadana desde el ámbito local hacia el nacional en cada uno de sus niveles, con la participación comunitaria en planes y proyectos de salud, vinculando el poder ciudadano directamente al ejercicio del derecho a la salud enmarcados en el Plan Nacional del Buen Vivir

(PNBV), la Agenda Social y los Planes en los diferentes niveles desconcentrados, como lo establece la ley orgánica de participación comunitaria (Ecuador. Secretaría de Pueblos, Movimientos Sociales, & Participación Ciudadana 2010).

Dentro del objetivo 1 del Plan del Buen Vivir, se plantea consolidar el Estado democrático y la construcción del poder popular, en donde el estado quiere recuperar la participación ciudadana, mediante políticas y lineamientos estratégicos (Secretaría Nacional de Planificación y desarrollo 2013a). A través de esto los y las ciudadanas forman parte del proceso de toma de decisiones en asuntos públicos, incidiendo en políticas públicas, posicionando a la **participación ciudadana y control social como derecho**.

El Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud (MAIS-FCI) con enfoque familiar, comunitario e intercultural como Política de Salud que rige para todo el territorio Nacional, desde el año 2012, establece como una de las estrategias el fortalecimiento de la participación plena de la comunidad y sus organizaciones, para lo cual se generan mecanismos institucionales que faciliten el acceso a la información y la toma de decisiones, los procesos de veeduría y control social. En este sentido la participación busca facilitar el ejercicio de derechos y responsabilidades en salud y que los individuos, las familias, la comunidad y los grupos organizados, se constituyan en sujetos de la construcción y cuidado de la salud (Ministerio de Salud Pública 2012).

En este marco legal y conceptual del derecho a la participación ciudadana en salud, el MSP, a través de su Dirección Nacional de Participación Social en Salud, incentiva a la ciudadanía mediante la creación, fortalecimiento, aporte y gestión de diversas instancias y mecanismos de participación y en el aporte a la toma de decisiones vinculadas a los niveles de gestión y atención de salud, así como la proyección hacia todo el Sistema Nacional de Salud y el ciclo de la política pública. Para ello se contempla la organización de los Consejos Ciudadanos Sectoriales, como lo establece la Ley de participación ciudadana, que son instancias de dialogo, deliberación y seguimientos de las políticas públicas.

En estos Consejos, el MSP, a través de la Dirección Nacional de Participación Social en Salud y sus instancias desconcentradas son los encargados de convocar, coordinar y dar seguimiento a todas las contrapartes planteadas en la estrategia de Participación Ciudadana en Salud. Para esto, todos los niveles de gestión desde el nacional, zonal, distrital hasta el local, una vez conformadas, elaborarán participativamente su planificación, la misma que debe involucrar activamente a las y los

ciudadanos y sus organizaciones, principalmente en actividades que favorezcan la promoción de la salud. Esta planificación refleja las acciones priorizadas por la ciudadanía en cada territorio y debe ser acompañada por el personal local del MSP.

De acuerdo con la política y desde la norma, la planificación es el principal instrumento de participación ya que es una estrategia de inclusión y empoderamiento de las instancias participativas en salud que sería, en lo posible, articuladas a las decisiones que toma la autoridad sanitaria, procurando un proceso de retroalimentación continuo, sin que exista contradicción entre ellas y que se junten esfuerzos para su ejecución. La articulación de estos niveles de participación se evidenciará en el fortalecimiento de todo el proceso de participación, mirado desde cada nivel.

En el nivel nacional: el mecanismo de participación será el Consejo Ciudadano Sectorial de Salud, el cual aportará a la formulación de la política pública y generará estrategias de seguimiento de la misma, de forma coordinada con el MSP. Podrá realizar control social.

En el nivel zonal: se consolidará la información tanto distrital como zonal, para generar la visión zonal, convirtiéndose en una instancia de ejecución coordinada de la implementación de la política pública. Podrá realizar control social a nivel zonal.

En el nivel distrital: se consolidará la información del nivel local y distrital para dar seguimiento a la ejecución de la política pública y ejecutarla coordinadamente. Fomentará el diálogo con todos los espacios de participación existentes en su nivel. Podrá realizar control social en su propio nivel.

Y en el nivel Local: se generarán propuestas más cercanas a la población, es desde este espacio donde se evidencia la ejecución y propuesta de la política pública en su nivel de ejecución más cercano a la población, las iniciativas en este nivel son cercanas a los problemas y planteamientos de la población. Se pueden realizar procesos de control social. (Ecuador Ministerio de Salud Pública 2017).

Para el Ministerio de Salud Pública es fundamental iniciar con el fortalecimiento de la estrategia de participación, desde los Equipos de Atención Integral en Salud (EAIS), que deben conocer sobre el proceso de reforma del Estado, la Constitución del Ecuador, el Plan Nacional del Buen Vivir, la Ley orgánica de participación ciudadana.

Así también, se han planteado instancias de control social que constan en la Ley Orgánica de Participación Ciudadana y que también forman parte del quehacer de la Participación Ciudadana en Salud, como son: veedurías, observatorios y procesos de rendiciones de cuentas, las mismas que tienen independencia de acción. Todas estas

instancias forman la estrategia de participación ciudadana en salud y constituyen espacios democráticos deliberativos y asociativos de poder ciudadano, autónomos en sus propuestas y a la vez articulados con las instancias estatales de salud, donde en el corto o mediano plazo se podrán generar procesos de transformación en el ámbito de la salud, sus determinantes y calidad de vida. Es así, que la estrategia de Participación Ciudadana en Salud, se operativiza con la organización, información y educación permanente, y fundamentalmente la activa y deliberante participación de la ciudadanía.

En este marco legal, la Participación Ciudadana implica:

- Un derecho ciudadano de todas y todos, que puede ejercerse de forma individual y/o colectiva.
- Un ejercicio de soberanía.
- Un principio constitucional.
- Puede ejercerse en los ámbitos político, social, cultural, educativo y económico.
- Una herramienta que manifiesta la voz del pueblo para las decisiones de las autoridades públicas.
- Un actor fundamental en el ciclo de la política pública (formulación, ejecución, evaluación y control de políticas públicas).
- Un proceso de intervención conjunta para incidencia en la toma de decisiones públicas. (Ecuador Ministerio de Salud Pública 2017)

De acuerdo con lo anterior es una necesidad del Estado el fortalecimiento de la participación ciudadana como un derecho y una herramienta para canalizar los aportes de la ciudadanía en la formulación, desarrollo, ejecución y seguimiento de las políticas públicas y su incidencia en los determinantes de la salud.

En el año 2015 a nivel Nacional, empieza como estrategia del sector salud la planificación participativa, siendo parte de esta experiencia la parroquia de Tumbaco, siendo una de los territorios con una larga trayectoria en participación y desarrollo de planes locales como lo establece su Plan de desarrollo y Ordenamiento Territorial, en el Gobierno Parroquial de Tumbaco (Tumbaco, GAD 2015)

De acuerdo con lo planteado si bien desde la institucionalidad hay una amplia y prolífica propuesta de participación con visión de derecho e integral con el derecho a la salud y con un alcance decisorio, es pertinente develar los desarrollos efectivos de esta visión de participación, y sus posibilidades a la luz de una experiencia local que nos

permita determinar los alcances efectivos de la misma y sus efectos en relación con la capacidad ciudadana para incidir en la realización del derecho a la salud, sus determinaciones y su aporte en la construcción del buen vivir. En este contexto, la pregunta central de este trabajo es:

¿Cuál es el alcance de la participación ciudadana en el derecho a la Salud en la Parroquia de Tumbaco, durante los años 2015 al 2016, una vez incorporada la política de participación Ciudadana?

En este marco, la investigación se propone: realizar un análisis del alcance de la participación ciudadana como estrategia para el logro del derecho a la Salud en la Parroquia de Tumbaco, durante los años 2015 al 2016.

Para el desarrollo del propósito se plantean como objetivos específicos:

1. Identificar los antecedentes de participación ciudadana que se dieron en la parroquia de Tumbaco antes del año 2015 y relacionarlos con el marco legal y su propósito final.
2. Identificar a los actores sociales que participaron en las instancias de participación ciudadana durante el período de estudio y los roles que cumplieron de forma tal que se evidencie de manera específica si hay transformaciones producidas en los procesos participativos a la luz del marco legal
3. Determinar desde la percepción de la comunidad que tanto su participación afecta las decisiones en salud en el territorio.

1.2. Enfoque de la investigación

La investigación se enmarca en la comprensión del proceso salud – enfermedad en el macro de la determinación social, en donde el poder es un determinante y por ende la participación es una estrategia fundamental para transformar las condiciones de vida y construir la salud como bienestar.

La determinación social es una categoría configurada por la Medicina Social Latinoamericana. Para los años 70, en cuanto a salud, se desarrolla el movimiento de la medicina social y la salud colectiva bajo la influencia del pensamiento marxista, la revolución cubana y las luchas antiimperialistas y la búsqueda de un desarrollo propio garante de la soberanía de los pueblos. La idea central que orienta el accionar de dicho

movimiento es que la salud-enfermedad debe entenderse como un proceso dialéctico y las especificidades sanitarias individuales y grupales deben ser analizadas en el contexto social que las determina.

En el enfoque de la determinación social en salud, se trabaja en el proceso histórico dialéctico complejo y multidimensional de generación y reproducción de condiciones de salud y de vida, cuyo desarrollo se genera en medio del gran movimiento entre la sociedad y la naturaleza, sometido a las relaciones productivas y sociales de un sistema de acumulación de poder y cultura. Un metabolismo entre la sociedad y la naturaleza, entre lo biológico y lo social, que se mueve por la oposición dialéctica, en espacios sociales históricamente determinados, entre las tendencias saludables-protectoras y las tendencias malsanas-destructoras de esos procesos, algunos de los cuales corresponden al orden general, otros al orden particular y otros al orden singular de la reproducción social. En cada una de las dimensiones son terrenos que reclaman obligaciones y justiciabilidad (Breilh, J. 2013).

En este contexto, se relacionó la Dimensión General, en donde los procesos estructurales como las políticas públicas, como la Ley Orgánica de Participación Ciudadana establecen una nueva relación entre el Estado y la sociedad, en donde se promueve una gestión pública con participación ciudadana. En este marco, los Ministerios que constituyen el nivel sectorial, deben configurar un conjunto de instancias, relaciones, herramientas y mecanismos de participación que interactúan de manera articulada como estrategia para garantizar el ejercicio del derecho de participación ciudadana en salud.

La investigación parte de identificar la visión de Ministerio de salud Pública en relación con la participación ciudadana enmarcada en la institucionalidad, las políticas públicas, que se propone fomenta el derecho a la salud, mediante mecanismos como la participación y toma de decisiones vinculadas a los niveles de gestión y atención en salud y su nivel de realización efectiva en una experiencia local con una amplia trayectoria de participación comunitaria sustentada desde los procesos y dinámicas propias que proviene de una tradición de gestión propia o incluso autogestionaria, las cuales son afectadas y modificadas por esta lógica institucional.

En el desarrollo de la investigación se muestra los contrastes entre dos posturas de participación, la una, institucional y “dada” desde el Estado y otra constituida a partir de los procesos comunitarios en la perspectiva de evidenciar los alcances y posibilidades de

las mismas, sus posibles articulaciones o contradicciones para la construcción de la salud y el buen vivir.

Para la comprensión de estas posturas y sus efectos acojo como enfoque el paradigma crítico específicamente la Epidemiología Crítica donde la determinación social de la salud se reconoce esta como producción social, es decir, que la participación de la ciudadanía en una condición básica para la salud. Al comprender toda la salud, con sus múltiples dimensiones el paradigma de la determinación permite ampliar el espectro del derecho e incorporar lo que los especialistas llaman una mayor justiciabilidad y exigibilidad de la salud, reconociendo problemas de la comunidad, grupos sociales y sus ambientes (derecho colectivo) (Breilh, J. 2013).

La determinación social permite identificar tres planos correlacionales que dan cuenta de la complejidad misma del fenómeno así:

En la dimensión general, con los procesos económicos-estructurales, políticos y culturales que configuran las lógicas y racionalidades que expresan un modelo civilizatorio, organizan la vida en una sociedad. Siendo determinante el sistema de relaciones de poder y organización política; procesos que además establecen la composición social de una sociedad en donde se operan para definir las relaciones y grados de inequidad y desigualdades resultantes frente al derecho.

En la dimensión particular se trata de identificar las relaciones de poder individual y grupal enmarcadas en las prácticas sociales para lo cual el papel de los sujetos y sus posturas demarcan las pautas para incidir o decidir en la política y específicamente en lo relacionado con los programas que desarrolla la política de salud poblaciones específicas (ciclos de vida). En este plano se explicitan las relaciones de poder y sus juegos: de contradicción u oposición, complementariedad o alianzas para viabilizar la política de salud.

En el plano singular se evidencia los comportamientos o posturas individuales para el caso en relación con la participación, tales como: defensa de lo público/ defensa de intereses particulares (es dialectico).

Cuadro 1.

Determinación Social de la Participación Ciudadana como Derecho a la Salud

Dimensión	Movimientos	
General	Políticas nacional que estructuran el Sistema de salud	Dialectico: procesos económicos-estructurales, políticos y culturales que configuran las lógicas y racionalidades que, expresando un modelo civilizatorio, organizan la vida en una sociedad Contradicciones: Política de Participación Ciudadana (la gente puede construir la salud que quiere, considerar a la salud como valor social) vs (Modelo de Desarrollo, Sistema de Salud, Política Extractiva, Políticas de medicamentos, entre otras) Oposiciones: sistema de acumulación económica, los grandes patrones culturales y epistémicos; y el sistema de relaciones de poder y organización política
Particular	Relaciones de poder que enmarcan las prácticas: Definir sujetos claves (organizaciones sociales) Prácticas sociales de la gestión Roles	Dialectico: Condiciones colectivas y espacios estructurados según ubicación de cada grupo en la matriz de poder de la sociedad: Capacidad del grupo para su organización solidaria y empoderamiento; disfrute de soportes colectivos protectores y de apoyo en beneficio del grupo. Contradicciones - Oposiciones Alianzas
Singular	Estilos de vida (pautas) Efecto de las políticas en los comportamientos y prácticas individuales de participación social	Dialectico: Defensa de lo Público/defensa de intereses particulares Contradicciones–Oposiciones la falta de conciencia sobre las dimensiones del derecho a la vida y la salud.

Elaboración Propia a partir de Breilh, J. La epidemiología crítica 2010: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano.

Realizar el análisis de los procesos de participación social y su capacidad para afectar e incidir, implica como muestra el cuadro anterior, develar los movimientos de poder en las relaciones que instauran la ciudadanía y el estado para materializar la política.

A partir del problema de investigación planteado, surgen preguntas como: ¿Cuál es el alcance de la participación ciudadana en el derecho a la Salud en la Parroquia de Tumbaco, antes del año 2015?

El Alcance de la participación se identifica a partir de:

a. ¿cómo se fomentó el nivel de participación en la parroquia de Tumbaco?, tomando en cuenta que, por antecedentes históricos, la parroquia de Tumbaco es un sector con instancias de participación, con entes del sector público y privado; preguntar desde el nivel de los actores sociales ¿cómo fue su interacción en todos los niveles de gestión del Ministerio de Salud Pública?

b. ¿Qué efectos tuvo en la participación ciudadana su institucionalización?;

c. ¿Qué pasó con las condiciones de vida antes y después de la ley: ¿Se puede ver los efectos de la ley de participación en decisiones concretas para mejorar la calidad de vida de la gente?

Este tipo de preguntas requiere del reconocimiento de las voces de los sujetos y actores sociales de la parroquia de Tumbaco, para indagar cómo se han producido los procesos de concienciación; qué transformaciones ha producido la norma y sus formas de instituir relaciones de forma tal que se logre la comprensión de sus alcances y efectos.

En este contexto, se definen tres categorías para realizar el análisis i) Categoría Derecho a la salud ii) la categoría Participación ciudadana, iii) Categoría Políticas en Salud y

1.2.1. Categoría derecho a la salud

Una definición del concepto de derecho a la salud, es aquella condición jurídica, económica y política que permite que todos los ciudadanos tengan acceso a condiciones de vida y trabajo saludables, así como la atención a la salud para resolver sus necesidades en este campo y atender sus enfermedades (López.M. S, López.A. O 2015). Definición, que no está muy lejos de Thomas H. Marshall, en su obra *Ciudadanía y Clase Social*, en donde define a “*la ciudadanía social es aquel status que se concede a los miembros de pleno derecho de una comunidad*”(Marshall y Bottomore 1998). Es decir, el derecho se vincula con la ciudadanía en la medida que reconoce la dignidad humana expresada en el conjunto de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, así como una serie de deberes derivados, atribuidos a los ciudadanos de una sociedad.

Desde el punto de vista jurídico los derechos económicos, sociales y culturales, se materializan a través de la participación, en la medida que requieren una política activa de los poderes públicos encaminada a garantizar su ejercicio y se realizan a través de las técnicas jurídicas de las prestaciones y los servicios públicos (Nicoletti 2008). Las diferentes argumentaciones de concepción de derecho a la salud, están inmersos en valores de libertad, igualdad, y dignidad, mismos que se enmarcan en una justicia social como parte de una vida digna. Los derechos coexisten en el marco de una serie de mecanismos de acumulación de capital y concentración de riquezas lo cual ha generado una desigualdad social deteriorando la calidad de vida individual y colectiva.

En esta construcción de la salud como un derecho, Ecuador viene de una serie de movilizaciones sociales, cambios frecuentes de Presidentes de la república, lo cual habla de una inestabilidad política para los años 1997, 2000 y 2002; de esta estructura neoliberal mantenida por décadas, se promulga la nueva constitución del Ecuador, para el año 2008, dentro de las gestiones del Gobierno de la Revolución Ciudadana que planteó privilegiar a la salud como un derecho humano fundamental y eje estratégico para el desarrollo nacional, el Ministerio de Salud Pública y el Consejo Nacional de Salud (CONASA) desarrollaron procesos consultivos en foros y asambleas sectoriales y ciudadanas en 22 provincias del país, que desembocaron en el III Congreso Nacional por la Salud y la Vida que se realizó en Cuenca (8-10 abril,2007).

En una de las ponencias salta a la vista la conclusión de que el derecho a la salud abarca más que el derecho a los bienes que hacen factible una atención curativa adecuada, sino que la vigencia del derecho a una vida saludable se vincula a la vigencia de otros derechos del buen vivir (Breilh, J. 2013).

El Congreso tuvo como tema central la propuesta de salud para la Asamblea Nacional Constituyente, con la perspectiva de impulsar los cambios fundamentales y necesarios del sector salud para garantizar efectivamente el derecho a la salud de todos los ecuatorianos y ecuatorianas. Uno de los productos resultante de este proceso de participación y diálogo democrático fue la Declaración de Cuenca por una Salud Equitativa, Digna y de Calidad, documento que contiene importantes resoluciones y acuerdos para el fortalecimiento de las políticas de salud y los lineamientos fundamentales en salud para la Asamblea Nacional Constituyente, sobre la base de los cuales y en el marco del Plan Nacional de Desarrollo, se estructuró la propuesta que desde el MSP se hizo llegar a la Asamblea Constituyente para que sea considerada en el capítulo de salud.

Esta propuesta fue revisada y enriquecida con aportes de distintas personas e instituciones, la que luego fue consensuada al interior del equipo de gobierno en el Consejo de Desarrollo Social y con SENPLADES, para luego presentarla a la Asamblea Nacional Constituyente.(Organización Panamericana de la Salud/MSP 2012).

Como parte de este aporte la Universidad Andina Simón Bolívar, mediante la Red de Acción por el Derecho a la Salud, para consensuar interdisciplinaria e interculturalmente contenidos y estrategias en apoyo del proceso constituyente, asumió el reto de consolidar una noción integral del derecho a la salud, concebida desde la perspectiva de la equidad social de los derechos humanos pensados desde todas las culturas, y desde una visión de la determinación social de la salud (Breilh, J. 2013).

En esta dinámica política, de garantizar el derecho a la salud, se trata de pasar de un modelo de salud hegemónico con trayectoria neoliberal en donde se considera a la salud como un bien privado de consumo mercantilista a un modelo contrahegemónico en donde la salud es reconocido como un bien público y un derecho con el reconocimiento de la diversidad de los pueblos, en donde exista la participación ciudadana, como una práctica incluyente (Breilh, J. 2003a; Feo Istúriz, Feo Acevedo, y Jiménez 2012).

La historia de Ecuador, ha demostrado claramente que no sólo la construcción del derecho a la salud es restringida y débil, sino que son igualmente frágiles los recursos de justiciabilidad y exigibilidad. A pesar de los grandes cambios, todavía hay distorsiones y obstáculos frente al derecho por la vida y salud, se sigue aplicando la falta de recursos y fondos públicos antes los cuales el poder Judicial se ve impedido de actuar. Pero, aun así, la Ministra de Salud de esa época Carina Vance, destaca cómo logro un sistema de Salud, que permite el acceso Universal a la población, a través de algunas estrategias como la gratuidad en los servicios de Salud (Ministerio de Salud Pública 2017b).

Otros de los ejes principales destacados fueron el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, como articulador del Sistema de Salud; Rectoría en Salud; Reingeniería institucional Pública y Privada; Articulación y fortalecimiento de Red Pública y Complementaria cuya organización sea de base territorial, de acuerdo a la nueva estructura de gestión del Estado, Reorientación del Modelo de Atención y Gestión del Sistema de Salud, en función de alcanzar la integralidad, calidad, equidad, tendiente a obtener resultados de impacto social (Ministerio de Salud Pública 2017b). Cambios que tienen como principio fundamental el derecho a la salud de la población, a través de la generación de condiciones para la construcción y cuidado de la misma.

En este contexto jurídico relacionado a la garantía del Derecho a la Salud, basado en la Constitución del Ecuador, el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2009-2013; la Agenda Social de Desarrollo Social y en acuerdos internacionales como los Objetivos del Milenio, se construye el Modelo de Atención Integral Familiar, Comunitario e Intercultural de Salud (MAIS)(Ministerio de Salud Pública 2012). Modelo que se enfoca más a nivel local, a las familias, comunidad en donde la participación ciudadana, sería un enfoque principal para la toma de decisiones en las necesidades de salud.

Como parte de este proceso se conforma el Consejo Ciudadano Sectorial de Salud es una instancia de diálogo, deliberación y seguimiento de las políticas públicas en salud, el cual constituye un mecanismo para la discusión de los lineamientos y seguimiento de la evolución de las políticas ministeriales. Se desempeña como una red de participación de la sociedad civil articulada a la autoridad sanitaria nacional(Ecuador. Secretaría de Pueblos, Movimientos Sociales, & Participación Ciudadana 2010, Art.52).

Mediante memorando Nro. MSP-VGVS-2014-0569-M de fecha 10 de junio de 2014, el Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud, Dr. David Acurio, aprobó el Plan Operativo Anual de Consejo Ciudadano Sectorial de Salud para el 2014 (Acurio Páez 2014).

El derecho a la salud, en la dialéctica de la Determinación Social, propone una herramienta para trabajar la relación entre reproducción social, modos de vida, el enfermar y morir. Los cuales se ubican en tres planos: Plano General, es un plano organiza las relaciones macro: el modo de producción, las políticas, la cultura; Plano Particular: que funge un papel de mediación y corresponde a las oportunidades o posibilidades que tienen los grupos humanos de acuerdo con el lugar que ocupan en la sociedad, así la clase social, el género y la etnia son determinantes de los modos de vida de los grupos sociales; y el *plano singular* que corresponde al individuo en donde se ubica el genotipo y fenotipo de manera vinculante con los dos anteriores determinando los estilos de vida (Breilh, J. 2003b).

Como no nombrar en este enfoque a la movilidad social, que vienen realizando nuestros pueblos, en especial el nuestro que viene de sectores en donde la justicia social estuvo en segundo plano, en donde las inequidades fueron orden del día, en donde el acceso a servicios de salud, a la discriminación por grupos y clases sociales:

El carácter crítico de la propuesta se fundamenta en la vinculación con las luchas de los pueblos por superar un régimen social centrado en la acumulación de la riqueza y el reconocimiento de la incompatibilidad del sistema social imperante y el modo de civilización que lo reproduce, frente a la construcción de modos de vivir saludables (Breilh, J. 2013).

La complejidad de esta realidad implica develar las relaciones de producción-propiedad y poder como condiciones objetivas de la materialidad social que determina la salud para entender la importancia de trabajar el tema de la subjetividad social como clave para fortalecer el sujeto de la acción integrando fuerzas y culturas contrahegemónicas, y construyendo un poder simbólico alternativo, sin todo lo cual es imposible sostener un avance realmente emancipador (Breilh, J. 2010a).

En primer lugar, más allá del discurso político, se observa un margen amplísimo de exclusiones y disculpas que disuelven, de hecho, la exigibilidad e impiden la justiciabilidad. Y así, en el caso por ejemplo de infinidad de demandas por daño humano o ambiental, la construcción de pruebas del impacto en la salud humana o ecosistemas, la debilidad o ausencia de equipos técnicos para la investigación y monitoreo del impacto de radiaciones, contaminaciones, exposiciones malsanas en el trabajo, etcétera, desmoronan la exigibilidad y van derivando hacia una sistemática impunidad (Breilh, J. 2010b).

En esas circunstancias, la salud de miles de ecuatorianos va a depender de cómo se resuelva el conflicto de intereses con grupos de poder que están afectando recursos vitales como agua, bosques, biomasa. Es el reto ético y jurídico de cómo proceder ante una economía de despilfarro y desecho planificado que nos impele a un consumismo generacionalmente irresponsable, y a la acumulación masiva de elementos no biodegradables que proyectan un futuro siniestro, donde jamás será viable el buen vivir que terminará convertido en una pieza retórica que engrose la arqueología de las buenas intenciones (Arias 2008).

Otra falencia de la justiciabilidad es la que corresponde a la dimensión subjetiva que limita la fuerza de la colectividad y su conciencia sobre el derecho a la salud es la hegemonía de esa visión reduccionista, biomédica. La falta de conciencia sobre las dimensiones del derecho a la vida y la salud.

Los focos de conciencia que se han desarrollado en el país, son las colectividades directamente afectadas, pero la criminalización (anticonstitucional) de la protesta y la falta de conciencia que existe en el país en su conjunto, determinan que la presión ciudadana sea un elemento muy limitado de justiciabilidad.

Este enfoque de determinación social y derecho a la salud permite visualizar:

1. Desde las voces de los actores sociales la organización y gestión de salud y su relación con condiciones de vida, si la política ha logrado articular los sectores bajo una lógica transectorial que permita el mejoramiento de la calidad de vida
2. Y la concepción de Derecho a la salud desde la mirada de los actores sociales.

1.2.2. Categoría Participación Ciudadana

En esta investigación se entiende la participación ciudadana como una práctica social enmarcado en las relaciones de poder, lo que implica diferentes niveles; en el plano comunitario hace parte de las relaciones sociales de la comunidad, en donde se expresan sus interacciones que se movilizan por intereses; en el plano social corresponde a las formas de relacionamiento con el Estado en donde las relaciones de poder se estructuran en la movilización del poder en relación con el bien general y los intereses particulares y comunitarios. Desde la participación se configuran proceso identitarios que producen el tejido social que esta subsumido en la producción, cultura y relaciones de poder:

En nuestro contexto, debemos asumir la participación social en un sentido amplio ya que tiene que ver con las relaciones sociales, con la producción y usufructo de la cultura, y por ello con las relaciones de poder. Estudiar y promover la participación social, parte de asumir que hay quienes no participan, o quienes no lo hacen de una manera suficiente. Esto justifica impulsar procesos de participación social en la lógica del desarrollo comprendido, en relación con una visión de bienestar definido por la propia comunidad (la salud incluida). La intencionalidad de la participación social se comprende así, necesariamente, en su propósito de transformar las relaciones sociales y socializar la cultura (Carmona L.D. 2018).

El nivel de participación de la comunidad, desde una perspectiva de los sujetos sociales, como sujetos de poder busca la realización del derecho a la salud como bien público.

Con esta categoría, se explicita en relación con las formas efectivas y decisorias tanto en el sistema de salud (atención) como en otras instancias que configuran el derecho a la salud de forma integral y en relación con las determinaciones sociales de la salud: condiciones para el buen vivir. Las formas como han participado o no en la construcción del sistema, y el acceso a los servicios, como o en que se concreta la construcción social de la salud. Basados en contexto de uno de sus autores de la Determinación Social de la Salud:

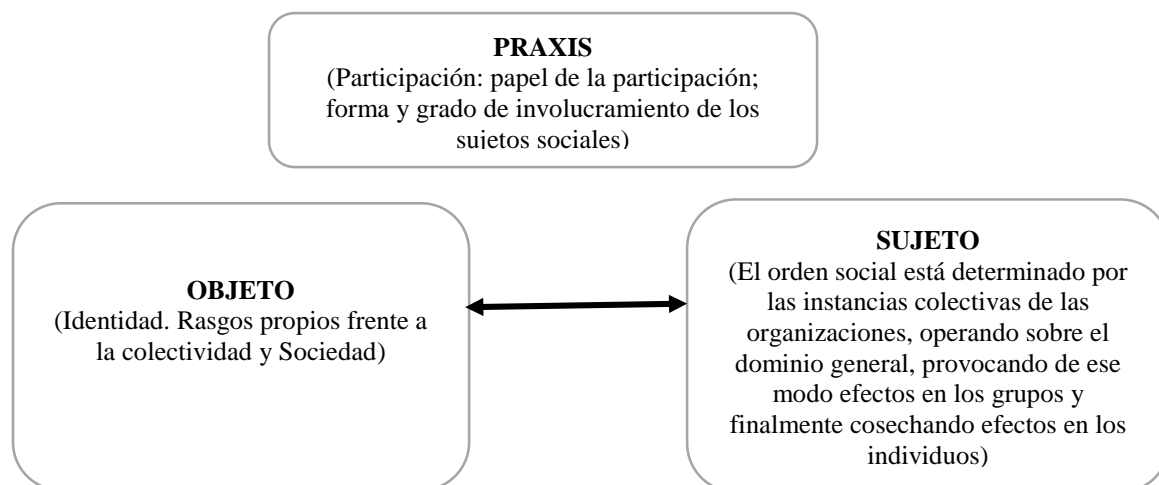
La determinación social de la salud, establece que los contenidos sociales y técnicos del articulado de salud, debían formularse pensando que, en primer término, la salud es un derecho individual y colectivo; y segundo, que no se ubicarían exclusivamente bajo los títulos específicos de salud, puesto que el derecho a la salud, está indisolublemente ligado a la vigencia de otros derechos que determinan un modo de vivir saludable, y que dependen de los regímenes económico, político y cultural (Breilh, J. 2008).

La participación evidencia el poder como un determinante del proceso salud-enfermedad, ya que este es una fuerza que producen los sujetos individual y colectivamente para transformar la vida y las condiciones, es decir que puede haber una correlación de fuerzas en relación con las condiciones que posibilitan o no la implementación de las políticas de salud y a su vez se pone en juego en procesos de participación, en donde aunque exista desigualdades en el uso del poder, los sujetos siguen siendo sujetos que transforman.

Desde el paradigma de los determinantes sociales se coloca en el **eje de la praxis** la noción de gobernanza definida como “gestión pública participativa y reticular...la puesta en práctica de estilos de gobernar en los que se han difuminado los límites entre los sectores público y privado”. Complementariamente se dice que “alude a un nuevo estilo de gobierno, distinto del modelo de control jerárquico, pero también del mercado, caracterizado por un mayor grado de interacción y de cooperación entre el Estado y los actores no estatales en el interior de redes decisionales mixtas entre lo público y lo privado”. Cabe destacar la intención de superación del control jerárquico o vertical por parte del Estado, y que se rompa con el principio neoliberal del control del mercado. Igualmente la apertura hacia una gestión en salud participativa y *reticular*, así como la tesis de que hay que difuminar los límites entre los sectores públicos y privados como vía para eliminar el autoritarismo oficial (Breilh, J. 2013).

La gobernanza desde una perspectiva de legitimidad pasa necesariamente por la inclusión de la participación con decisión de la ciudadanía y sus grupos organizados en todos los procesos de forma tal que se viabilice la construcción social de la salud como derecho y como capacidad de la sociedad para constituirla como un valor fundamental para todos.

Figura 1.

Relación Praxis-Objeto-sujeto / Participación

Elaboración: Propia a partir de (Breilh, J. 2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva).

1.2.3. Categoría política pública

La política pública, definida como un curso de acción de la gestión pública que institucionaliza la intervención pública en respuesta a un problema social identificado como prioritario o a una potencialidad de desarrollo, y que se convierte de esta manera en materia de política de Estado (Ministerio de Salud Pública 2017a).

Dentro del ámbito de salud, la promulgación de políticas públicas para promover la salud debe ir más allá del autocuidado. La salud debe ser el eje principal de políticas sociales, en todos los sectores y niveles con el objetivo de evidenciar las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a tener responsabilidades en este campo.

Como lo promulga el Informe de la Comisión de Determinantes Sociales (2008);

La emancipación política en favor de la salud y la equidad sanitaria depende de que refuerce la justicia que lleva a la inclusión y la representación de todos los grupos de la sociedad en los procesos de toma de decisiones acerca del modo en que funciona la sociedad sobre todo en relación con sus efectos sobre la salud y la equidad sanitaria. La justicia en cuanto a la posibilidad de expresarse y la integración depende de estructuras sociales, respaldadas por el Estado, que exigen y garantizan el derecho de los distintos grupos a ser escuchados y estar representados...mediante leyes y competencias institucionales...respaldados por esas estructuras, a través de las cuales las personas puedan tener una participación activa.

.....la justicia depende del crecimiento de las organizaciones, las redes, los movimientos de la sociedad civil y su habilidad progresiva por luchar contra las desigualdades y

presionar para llevar la equidad –en general y en lo concerniente a salud- hasta el centro de todos los debates políticos que ya estén en curso o surgimiento (Organización Mundial de la Salud 1986).

Una de las recomendaciones de la CDS (2008), es que el Estado reconozca, legitime y apoye a los grupos marginados, en particular a los pueblos indígenas, mediante políticas, leyes y programas que promuevan su participación activa para exigir que se satisfagan sus necesidades, se atienda a sus reclamaciones y se respeten sus derechos.

Una participación justa en la formulación de políticas con la representación de todos los grupos y las comunidades en los procesos de toma de decisiones que afecten a la salud.

En este contexto a nivel país, para los años 2008, la Asamblea Constituyente de Montecristi, da inicio a escribir una nueva historia del Ecuador y su constitución, pues en esta fortalece los principios sociales a favor de amplios sectores de la sociedad, dejando de lado el modelo neoliberal que se venía dando décadas atrás, los cambios que comienzan a darse tienen mucho que ver con reinstitucionalizar al Estado Nacional, no solo por las claras funciones que competen al Ejecutivo, Legislativo y Judicial, sino porque crea una nueva función, de Transparencia y Control Social a cargo del Consejo de Participación Ciudadana y Control Social, que en adelante tiene la responsabilidad de nombrar a los titulares de la Defensoría del Pueblo, Contraloría del Estado, Superintendencias, Consejo Nacional Electoral y Tribunal Contencioso Electoral (organismos electorales), Procuraduría del Estado, Fiscalía de la Nación, e incluso forma parte para la integración de la Corte Constitucional. De esta manera se “despartidiza” y “despolitiza” las principales instancias del poder estatal, antes sujetas a las conveniencias de los partidos políticos a través del Congreso (Paz y Cepeda 2008). Esta nueva institucionalidad implicó reposicionar las relaciones entre el Estado, la ciudadanía y la forma de construir las políticas públicas las cuales deben contemplar la participación social como eje nodal de dicha construcción.

1.2.3.1. Relación entre Estado, Política y Participación Ciudadana.

Con la normatividad se afirma el poder ciudadano no sólo a través de la función de Transparencia y Control Social, sino por los mecanismos de la democracia directa: elecciones, consulta popular, remoción del mandato, iniciativa popular en las leyes, veedurías y otros controles; reconoce el derecho a la resistencia; la participación directa

mediante audiencias públicas, asambleas, cabildos populares, consejos consultivos, observatorios y otros; en los organismos seccionales se introduce la figura de la “Silla Vacía” para que allí esté representada la ciudadanía en las sesiones respectivas (Paz y Cepeda 2008). La silla vacía, una forma de participación de un representante de la ciudadanía en las sesiones para determinadas temáticas, en ella el invitado intervendrá en el debate y en la toma de las decisiones (Paz y Cepeda 2008).

En la nueva Constitución del 2008, los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) son reemplazados por los derechos del “Buen Vivir”, los civiles por los “derechos de libertad”, los colectivos por los “derechos de los pueblos”, los políticos por los “derechos de participación”, los derechos del debido proceso por los “derechos de protección”; y los derechos de los grupos vulnerables por los “derechos de las personas y los grupos de atención prioritaria”. Esta nueva forma de clasificación que no solo es innovadora sino audaz, aporta a una comprensión más cotidiana y directa que permitirá a las personas identificar claramente el sentido esencial de cada derecho (Arias 2008).

En los Derechos del Buen Vivir, identificados y descritos en estricto orden alfabético, se encuentra en primer lugar a los nuevos derechos al agua y a la alimentación; y luego el derecho al ambiente sano (que también se encuentra entre los derechos de libertad, reforzando su sobre dimensión de derecho individual y colectivo); el derecho a la comunicación e información; el derecho a la cultura y la ciencia; el derecho a la educación; al hábitat y vivienda; el derecho a la Salud; y finalmente el derecho al trabajo y seguridad social (Arias 2008).

Para principios del año 2015, se mantiene la organización de Consejos Ciudadanos Sectoriales conformada por representantes de la sociedad civil organizada, colectivos, organizaciones populares y comunitarias, no gubernamentales, académicas y del sector privado como lo establece la ley de participación ciudadana; siendo estos Consejos lugares de dialogo, deliberación y seguimiento de políticas (Ecuador. Secretaría de Pueblos, Movimientos Sociales, & Participación Ciudadana 2010). Años anteriores se había trabajado en temas de importancia como el Anteproyecto del Código orgánico de Salud, la aprobación del Reglamento interno para la Selección, designación y funcionamiento del Consejo Ciudadano Sectorial de salud.

Previamente, para el año 2011, entra en vigencia la Ley Orgánica de Participación Ciudadana, en donde en sus art. 52 y 54, establece que los Consejos Ciudadanos Sectoriales de diálogo, deliberación y seguimiento de las políticas públicas, de carácter Nacional y Sectorial; constituyen un mecanismo para la discusión de los lineamientos y

seguimientos de la evolución de las políticas ministerial, impulsado por la Función Ejecutiva. Estarán conformados por actores de la sociedad civil organizada relacionados con la temática tratada por cada sector y buscan promover una participación amplia, democrática y plural de la sociedad civil (Ecuador. Secretaría de Pueblos, Movimientos Sociales, & Participación Ciudadana 2010).

Dichos Consejos son creados mediante Decreto Ejecutivo No. 656, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 490 de 29 de abril de 2015, se expidió el "*Reglamento para el Funcionamiento de los Consejos Ciudadanos Sectoriales*"; cuyas disposiciones son de aplicación obligatoria para los ministerios sectoriales y para las organizaciones sociales y actores de la sociedad civil organizada que integren y/o participen en los consejos ciudadanos sectoriales (Ecuador. Corte Constitucional 2015).

En este contexto se puede citar a Fleury (1999) en donde hace una reflexión establecida en relación a este tipo de gobernabilidad:

En sociedades donde los derechos políticos fueron universalizados pero el acceso al poder político sigue siendo restringido a una elite de propietarios y burócratas, donde el ejercicio del poder se hace de forma autoritaria y patrimonial, independientemente del régimen político vigente, la mayoría de la población queda marginada y excluida tanto del mercado político cuanto de la riqueza producida. En tales situaciones impera la desconfianza en relación con los mecanismos tradicionales de representación política y la administración del Estado, percibidos como parte intrínseca del proceso de exclusión (Fleury 1999).

Una realidad muy característica de los países en América Latina, en donde el Estado va creciendo sobre una sociedad con baja capacidad de autoorganizarse, por ende, es propio el componente autoritario, con actores políticos que se movilizan por sus propios intereses. No obstante, la participación se convierte en un comodín que legitima este tipo de gobiernos que en palabras de Fleury son gobiernos democráticos que deben gestionar políticas neoliberales instauradas desde la lógica mundial en el marco de la globalización.

Una de las propuestas en política social con la nueva reestructuración del sector salud, es la participación ciudadana como una comunidad organizada en diferentes fases del proceso de formulación de implementación de políticas públicas; estos mecanismos de participación ciudadana van a incidir en la capacidad de control parlamentario sobre el ejecutivo, generando en este mejorar sus condiciones de responsabilidad de la administración pública frente a la ciudadanía.

En este contexto, dentro de la investigación propuesta la categoría de Política Pública enfocada en la determinación social se reconoce la relación entre la ciencia y la política con un propósito central que es la transformación social.

En esta categoría el enfoque crítico, pretende conocer las formas como el Estado y los actores sociales participando de una política social como es la salud, construyen y ejercen sus derechos.

1.2.3.2. Política y Ciudadanía

El concepto de políticas sociales se enmarca en los procesos de construcción de los estados bienestar de Europa y el norte y su simulación en los países latinoamericanos en lo que se denominó los estados benefactores. En cuanto a la ciudadanía comienzan a tener fuerza a fines del siglo XIX, a partir de las luchas sociales por el reconocimiento de la dignidad y sus correlatos igualdad y fraternidad, lo que se tradujo en la conquista de las protecciones sociales por parte de las clases obreras. Teóricamente uno de sus ponentes principales Thomas Marshall; plantea que las políticas sociales que para ese siglo se presentaron cambios importantes, como la disminución de la desigualdad lo cual reforzó la demanda de su abolición al menos con respecto a los elementos esenciales del bienestar social, siendo estos conceptualizados como derechos de los ciudadanos, mismos que tiene un ciudadano o habitante de un país, en donde no es necesario pertenecer a una clase social determinada para tenerlos, siendo a la vez un tanto contradictorio, porque al poseerlos tampoco las clase sociales y la desigualdad dejan de existir (Marshall y Bottomore 1998).

De acuerdo con Breilh, J., los tres requisitos para que haya una política sanitaria emancipadora son: ideas transformadoras articuladas en un proyecto histórico para transformación de la salud; bloque de sujetos/fuerzas sociales movilizadas; y conocimiento científico-técnico y de gestión (Breilh, J. 1999).

Desde esta perspectiva en el proceso ecuatoriano a partir de la Constitución se propone en salud con relación al derecho a la salud vinculado con una visión que se esfuerza por conectar derecho- determinación – y el reconocimiento del saber ancestral en una especie de amalgama o sincretismo que da lugar al buen vivir; esto es posible porque hubo un proceso de fuerzas sociales y acumulados históricos tanto de grupos organizados, así como de intelectuales y aportes académicos que vinculados con movimientos sociales posibilitó el posicionamiento de este proyecto. No obstante, el

proceso implica la construcción misma de los arreglos institucionales y sus transformaciones para que efectivamente estas ideas fuerzas se concreten.

1.3. Diseño metodológico e implementación

Esta Investigación es cualitativa basada en un enfoque dialectico desde el paradigma crítico, específicamente la epidemiología crítica, por cuanto busca contribuir a la comprensión de la participación en salud y su aporte en la transformación de la realidad. Desde esta perspectiva, la categoría Determinación Social explica cómo la dinámica dialéctica de las relaciones entre producción, propiedad y poder sustentan el modelo de acumulación de capital, y muestra que es allí donde se producen las inequidades. En tal sentido, la participación en salud es esencial para transformar las inequidades en la medida en que la ciudadanía y sus organizaciones asumen su papel de constructores activos de su propia vida individual y colectiva.

El método dialéctico de análisis permite demarcar las relaciones de poder al presentar las contradicciones entre Política de Participación Ciudadana, el modelo de Sistema de Salud, y las prácticas ciudadanas y organizativas enmarcadas en el derecho a la salud.

El diseño metodológico es dialectico porque pone las relaciones de poder en contradicción coloca la participación en movimiento, y desarrolla tres fases: i) diseño teórico-metodológico, que presenta la perspectiva de la investigación y su relación con las categorías; ii) trabajo de campo, la recolección de la información y análisis parciales. iii) Proceso de análisis que presenta la forma en que se desarrolló el mismo para obtención de resultados. Este último se fragmenta para presentarlo, cabe aclarar que el proceso analítico es permanente.

1.3.1. Fase 1: Momento teórico –metodológico.

En esta fase se revisó el marco teórico de la investigación, el mismo que permite indagar y contextualizar el objeto, la participación ciudadana como parte del derecho a la salud, para lo cual se revisó literatura, en relación con las cuatro categorías.

En razón a lo anterior el proceso teórico - metodológico partió del reconocimiento que la salud como una producción social en el marco de la determinación; siendo así, contiene al mismo tiempo dimensiones estructurales y políticas, expresadas en los

aspectos histórico-culturales y simbólicos para su realización: como cuestión humana y existencial, salud es un bien complejo, compartido indistintamente por todos los segmentos y diversidades sociales. Esto implica que, para todos los grupos, aunque de forma específica y peculiar, salud y enfermedad expresan, ahora y siempre, en el cuerpo o en la mente, particularidades biológicas, sociales y ambientales vividas subjetivamente, en la totalidad existencial peculiar del individuo o de los grupos. Las formas como cada persona y la sociedad donde ella está inserta, experimentan esos fenómenos, cristalizan y simbolizan las maneras de lidiar con su miedo a la muerte y de exorcizar sus fantasmas (De Souza Minayo 1997).

1.3.2. Fase 2: Trabajo de campo

La investigación se realizó en varios momentos: i) trabajo exploratorio de fuentes primarias de tipo documental para escuchar la voz institucional que permite contextualizar la experiencia y ponerla en relación con las categorías inicialmente propuestas, ii) recolección de fuentes primarias a través de entrevistas semiestructuradas a actores claves para recoger sus voces y posturas, iii) grupo focal con líderes sociales para ampliar y profundizar sobre las posturas de estos sujetos o actores sociales, iv) revisión de prensa para complementar la información obtenida.

1.3.3. Fuentes y herramientas de análisis.

Para el trabajo exploratorio de fuentes secundarias se revisó documentación con el objeto de establecer un referente histórico que implicó retomar información previa así se puede mencionar la Constitución del Ecuador 2008, Ley Orgánica de Participación Ciudadana, Acuerdos Ministeriales, Modelo de Atención Primaria Integral con enfoque en la familia y comunidad, Plan del Buen Vivir 2015-2016, entre los más sobresalientes, Cabe aclarar que al asumir el método dialéctico, no hay separación entre lo cuantitativo y lo cualitativo, si bien se usaron dispositivos específicos que corresponden a uno u otro método, en la interpretación los aportes y pesos diferenciados, quedan subsumidos, como lo dice una de sus autoras en tesis

La definición de fuentes de información: primarias como voces de sujetos sociales y/o líderes barriales; fuentes secundarias, revisión de documentos relacionados con la Participación Ciudadana, como actas de Consejo Ciudadano Sectorial de Salud y Prensa.

En cuanto a los instrumentos usados para acceder a las fuentes, se produjo una ficha para revisión de archivos y documentos institucionales, se desarrolló un consentimiento informado para la obtención de los datos y el permiso de los participantes (Anexo 1), se estructuró un formato de entrevistas semiestructuradas (Anexo 2), se usó una guía para los grupos focales de presidentes de barrios y líderes (Anexo 3), se generó un formato para realizar análisis de discursos, artículos de prensa (Anexo 4) y se utilizó la metodología de revisión de indicadores de salud pública y mapas.

Para el proceso de análisis, se ordenaron como unidades de indagación: los documentos institucionales (políticas, lineamientos, informes), las transcripciones de las grabaciones de las entrevistas de los actores sociales, las transcripciones de las posturas de presidentes de los barrios y los líderes expresados un grupo focal, los artículos de prensa escrita, los indicadores de morbi-mortalidad evitable (mortalidad materna, mortalidad infantil en menores de 5 años, desnutrición en menores de 5 años) producidos por INEC, y los mapas de Gestión Territorial.

El proceso de análisis se realizó a partir de las categorías propuestas, se codificó la información y se sistematizó a través de rejilla de análisis y uso de Atlas TI.

Cuadro 2.
Categorías de análisis

Categorías	Familias	Variables
Participación Ciudadana	Barreras Calidad de Vida Comités Locales Concepción Control Estrategias Experiencia Ley de participación Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es participación para usted? Podría ser reunirse, protagonismo en las decisiones, transformar la salud, planificación • ¿Usted tiene experiencia en participación antes del 2014 cuénteme o describa que hacían? En esas experiencias de antes del 2014 usted considera que obtenían resultados ¿de qué tipo?, de ejemplos. • ¿Usted ha participado después del 2014?; Si es así, ¿cuénteme o describa que hacía? Usted ha participado después de 2014 ¿Qué resultados se obtuvieron, de que tipo?
Concepción del Derecho a la Salud	Concepción del Derecho a la Salud Necesidades Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera usted que en su parroquia se cumple el derecho a la salud? Explique su respuesta ¿Por qué? Considera que ha habido cambios en la realización del derecho a la salud, identifique. ¿Qué tipo de cambios? ¿desde cuándo han ocurrido? los considera favorables o desfavorables • Usted como ciudadano con voz y voto de la comunidad que necesidades en salud expresaría, luego de identificar vecinos, familiares y/ otros conocidos que viven en situaciones que no cubren sus necesidades básicas.

Política Pública en Salud	Efectos Estrategias Talento Humano Valoración Negativa Valoración Positiva	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Sabe usted como están establecidas las políticas en relación a Salud? ¿Sabe usted si la política de salud ha cambiado? ¿Qué cambios considera que son visibles? En esos cambios que considera que ha sido para mejorar. ¿Que considera que no ha mejorado? Cree que la política de salud es suficiente para que se realice el derecho a la salud. ¿Qué le falta?
Determinación Social	Agricultura Barreras Desempleo Educación Enfermedad Migración Oportunidades de la región Participación Ciudadana y Determinación Social	<ul style="list-style-type: none"> • Considera usted que desde los años 2014 a los 2016 que ha vivido en la parroquia, la población ha crecido, hay más personas que han venido de otras provincias. • Usted cree que en los años 2014 a 2016 En la parroquia en los últimos años ha visto más desempleo que antes. ¿A qué cree usted que se debe? • Usted considera que la agricultura para los años 2015 al 2016 en el sector fue una ocupación relevante. • Para los años 2015 al 2016 en relación a años anteriores, usted considera que han aumentado las posibilidades para estudiar, ¿hay más oportunidades? o hay limitaciones? ¿Por qué, cree que pasa esto, de ejemplos? • Durante los años que ha vivido en esta parroquia de que cree que la gente se enferma o cuales son las quejas que más tienen y por qué. • ¿Cuál cree que sea la causa por la que las personas vinieron en esos años a la parroquia de Tumbaco: Trabajo, Vivienda, Estudios, Mejorar ingresos, Otros • ¿Considera que hay más facilidad de acudir a un establecimiento de salud en la actualidad que antes o no? ¿Y por qué cree que pasa esto? • Las personas de su comunidad cuando enferman, a donde acuden: <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de salud (consultorio, centro de salud), Farmacia, Curandero, Se queda en casa, Otros. • Considera usted que las personas no van al médico por: Costo, No conocen, Está lejos, No confían, Otros...

Elaboración: Propia

El análisis documental, se enriqueció con la revisión de fuentes y archivos que permiten recoger la experiencia que marco la reingeniería del sistema de Salud luego de una serie de cambios de en la estructura del Estado; política de salud, que se sustenta por leyes, normas, procesos, lineamientos, decisiones tomadas, todo esto nos permitió reconstruir el trayecto histórico de la experiencia y su contextualización en el tema de Participación Ciudadana como derecho en la salud.

Este análisis también permitió relacionar con las diferentes categorías planteadas. Los archivos como Fuente secundaria se pueden visualizar en la Tabla 1:

Tabla 1.

Fuente secundaria: Archivo documental

Tipos de Archivos	Número de Documentos Relacionados	Años
Documento de Políticas	12	2008 al 2013
Planes de Desarrollo	3	2012-2025
Lineamientos de Operación de la política	3	2012-2017
Normas y Procedimientos	4	2010
Diagnósticos Locales	17	2014 al 2016
Total	39	

Fuente: Elaboración Propia

Se utilizaron otras fuentes primarias directamente vinculadas con el tema como entrevistas de protagonistas claves en el tema; se dio importancia a la información de prensa, para ampliar las voces de algunos ausentes que no fue posible acceder y la voz de actores sociales mediante entrevistas semiestructuradas y un grupo focal, quienes por su postura en participación son considerados observadores participantes de la experiencia y una voz reconocida, esto permitió recoger la historia, sus creencias, percepciones, sus relaciones y sus posturas como parte de la comunidad. Se realizaron un total de 8 entrevistas semiestructuradas y un grupo focal.

La selección de los entrevistados se realiza a través de un Mapa de actores de la parroquia de Tumbaco (Anexo 5). Dentro del proceso de identificación y caracterización de los actores, se realizó la codificación de los mismos teniendo en cuenta el perfil y el lugar de desempeño (Anexo 6). A continuación, se describe el perfil de los participantes.

Tabla 2.

Perfil de los entrevistados

Papel Desempeñado	Cargo	Número
Direccionamiento político del sector salud	Director Nacional de Participación Ciudadana MSP	1
Direccionamiento político y Operativo del sector Salud	Director Zonal de Promoción en la Salud	1
Direccionamiento Operativo del sector salud	Responsable Distrital de Promoción de la Salud	1
Direccionamiento Político Estratégico de la Parroquia. GAD Parroquia de Tumbaco	Presidente del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Parroquia de Tumbaco	1
Coordinadores Operativo del GAD Municipal	Responsable de la Unidad de Salud, de la Administración Zonal de Tumbaco, años 2000-2016	1
	Coordinadores de los Proyectos CEAM	2
Local	Sector Privado y Comunicación	1
TOTAL		8

Elaboración: Propia

En el marco de esta investigación se definió a los actores sociales como: aquellos quienes van a tomar parte en las deliberaciones y decisiones sobre problemas que van a incidir en las condiciones de vida de la comunidad, cada actor social de acuerdo a su rol va a asumir responsabilidades y obligaciones para participar, para intervenir en la formulación de planes de desarrollo local y/o adopción de medidas, definición que es compartida por algunos de los actores sociales entrevistados, muchos cuentan experiencias vivenciales de participación social en diferentes ejes sociales, muchos de ellos fueron parte de los Gobiernos Autónomos Parroquiales, otros de los Municipales, también trabajaron a nivel de comunas, y algunos incluso formaron parte del Consejo Zonal de Salud del Valle de Tumbaco. En esta investigación participan actores sociales del estado del sector salud, de los gobiernos autónomos descentralizados; además de actores sociales comunitarios tales como presidentes, líderes barriales entre otros; en estas entrevistas se suma actor social del sector de salud privado.

Tabla 3.

Perfil de los actores sociales entrevistados

Papel Desempeñado	Cargo
Direccionamiento político del sector salud	Director Nacional de Participación Ciudadana MSP
Direccionamiento político y Operativo del sector Salud	Director Zonal de Promoción en la Salud
Direccionamiento Operativo del sector salud	Responsable Distrital de Promoción de la Salud
Direccionamiento Político Estratégico de la Parroquia. GAD Parroquia de Tumbaco	Presidente del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Parroquia de Tumbaco
Coordinadores Operativo del GAD Municipal	Responsable de la Unidad de Salud, de la Administración Zonal de Tumbaco, años 2000-2016
	Coordinadores de los Proyectos CEAM
Local	Sector Privado y Comunicación
Representantes de la Comunidad	Presidentes de Barrios, representantes de Comunas, miembros de los comités locales de Salud, líderes barriales

Elaboración: Propia a partir de las Entrevistas actores sociales

Para el análisis se definieron cuatro categorías: i) la categoría Participación ciudadana, ii) Categoría sobre Concepción de Derecho a la salud, iii) Categoría Políticas en Salud; iv) Categoría Determinación Social y participación ciudadana.

En los capítulos dos y tres se presentan los resultados y el análisis de las categorías en los tres planos de la determinación social general, particular e individual; estos capítulos son el resultado del ejercicio realizado en la parroquia de Tumbaco, esto visualiza el nivel de participación desde los diferentes niveles de gestión al construir una política pública para comprender que la dinámica de la política va más allá de la percepción de la misma.

Capítulo Dos.

Caracterización de las condiciones de vida en la parroquia de Tumbaco desde la determinación social

El capítulo presenta las condiciones socio- históricas de la Parroquia de Tumbaco en Ecuador de forma tal que esto permita la comprensión histórica del proceso salud – enfermedad para establecer su correlación con los procesos de participación social y su alcance esto último se presenta en el capítulo tres.

La información para elaborar este capítulo dos se obtuvo de revisión documental (fuente secundaria) para obtener un referente histórico de la parroquia de Tumbaco, y a través de las entrevistas (fuente Primaria) se reconoció la percepción de las condiciones de vida de la población. El análisis se realiza dentro la determinación social como herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir, enfermar y morir.

En este capítulo se visualiza como en el materialismo histórico en el dominio General en un sistema de acumulación de capital tienden a reproducir y mantener sus condiciones bajo relaciones jerárquicas puesto que los procesos más específicos y locales se encuentran subsumidos en la lógica general.

En la dimensión Particular los espacios sociales concretos de la parroquia de Tumbaco, se desarrollan en su reproducción distintas clases sociales cruzadas por características y relaciones étnicas y por relaciones de poder de género. En la interface de esas relaciones y principalmente orientadas por sus intereses y posibilidades de clase, se estructuran modos de vida colectivos y característicos que delimitan las potencialidades económicas, políticas, y culturales de cada clase. Es imposible comprender la salud de estos grupos, sin estudiar sus modos de vida.

Los Modos de vida dependen de un movimiento histórico, viabilidad, avances y retrocesos que determinan el sistema de acumulación económica que se haya impuesto en la ciudad, aunque los integrantes de una clase social puedan generar procesos de

ruptura aprovechando el margen de autonomía relativa, espacios y fisuras que siempre deja la estructura de poder.

El dominio individual, expresa la determinación de los estilos de vida de las personas y sus rasgos fenotípicos y genotípicos, en donde estos procesos van a generar nuevas condiciones desde el ámbito local.

2.1. Condiciones y Contexto Histórico

La presente investigación se realiza a nivel local, en una de las parroquias Rurales del Distrito Metropolitano de Quito, como es Tumbaco, la misma que se ubica entre los ríos Chiche por el este y San Pedro por el Oeste y entre la confluencia de estos dos ríos por el norte, y el volcán Ilaló por el sur. Limita al norte con la parroquia Puenbo, al sur con el cerro Ilaló y la parroquia Guangopolo, al este con la provincia de Napo y al oeste con la parroquia de Cumbayá; cubriendo una superficie de 65.49 Km. Se trata de una unidad geográfica claramente delimitada, donde se expresa una gran riqueza natural y cultural (Tumbaco, GAD 2015). En estas tierras se han encontrado los vestigios arqueológicos más antiguos del Ecuador (11.000 años a.c), de la cultura Inga, como lo establece en el Plan y Ordenamiento Territorial de Tumbaco del 2015:

En el territorio de Tumbaco se destaca el hallazgo de restos arqueológicos de 10.000 años de antigüedad, de la denominada la cultura Inga, se encontraron instrumentos elaborados de obsidiana y basalto como cuchillos, puntas de lanzas, perforadores, entre otros; estos objetos han sido estudiados por científicos en busca de información sobre su origen y su procedencia¹.

Las características de ubicación de esta parroquia, por la historia, siempre las poblaciones le dieron el nombre del “dormitorio de la ciudad”, calificativo, que es corroborado por las voces de los actores sociales de esta parroquia. En cuanto a su

¹En el sitio de “El Inga” existió un campamento – taller del periodo paleo-indio, cuyos estudios señalan a este sector como un espacio ocupado por tribus de cazadores y recolectores que deambulaban por esta zona para buscar medios de subsistencia y de elaboración de armas y herramientas. Los hallazgos constituyen los más antiguos vestigios de presencia humana en Ecuador², denominada como la Cultura Inga³. También se encontraron herramientas y armas realizadas con obsidiana, material volcánico arrojado por el volcán Cotopaxi. Posteriormente, en la época incaica, y precolombina, Tumbaco fue área de asentamiento de Ayllus de distintas tribus de la época, que en sus inicios se da como asentamientos humanos dispersos y luego a través de la conformación de las concentraciones de población que persisten hasta la actualidad. Las poblaciones itinerantes incas acudían a este lugar para hospedarse y pernoctar y luego seguir su travesía hacia el oriente ecuatoriano, la costa y Quito. Fue recorrido obligado de los españoles en sus travesías hacia el oriente. Gonzalo Pizarro caminó junto a soldados, indios amarrados y animales en busca del país de El Dorado en 15414 (Tumbaco, GAD 2015).

nombre, hay varias versiones, explicadas en el Plan y Ordenamiento territorial de la parroquia de Tumbaco:

Mediante el saber ancestral de los pobladores...Don César García (1941), ciudadano nativo de la parroquia relata que el origen del nombre Tumbaco se debe al asentamiento de ayllus, en el cual su jefe señor Aco gobernaba la zona, este indígena dirigía los diversos asentamientos humanos en lo que hoy son los barrios de Tumbaco, al morir este líder sus restos son colocados bajo una cruz en la antigua iglesia parroquial, llamándola “La tumba de Aco”, lo que derivó finalmente en la palabra Tumbaco. Otra narración...la indígena Cristina Tumaco perteneciente al cacicazgo de la época, era única propietaria de la zona de lo que hoy es Tumbaco. Por injerencia de los Jesuitas, Cristina Tumaco donó tres cuadras de sus propiedades para fundar el pueblo (Tumbaco, GAD 2015).

La Parroquia de Tumbaco, como se mencionaba en párrafos anteriores es el resultado de asentamientos humanos, de descendencia de los Ayllus, Kitus entre las distintas poblaciones de esa época, quienes durante todo este proceso histórico de resistencia que narra la Historia del Ecuador, han mantenido estas tierras como procesos de organización social, manteniendo sus prácticas sociales, culturales y espirituales de la cosmovisión andina como son: las formas de organización del poder, el ejercicio de la democracia; actividades colectivas como la minga; procesos para el traspaso de propiedad de la tierra; para el ingreso o salida de sus miembros; tradiciones como: las yumbadas, los rucus, los pingulleros, y principios de vida como: ama llakirina «no agredir, no hacer daño», amashua «no robar», ama llulla «no mentir», ama muka «no ser avaro», randy-randy«solidaridad» y ama killa «no ser vago».

Posteriormente, a partir de la promulgación en 1937 de la Ley de Organización y Régimen de las Comunas, Ley que establece, en el art. 5o., como único requisito para la conformación de esta forma de organización territorial, que el número de personas que residen habitualmente en ellas no sea menor de 50, surgen 4 comunas: Comuna Central, Comuna Leopoldo Chávez, Comuna San Francisco de la Tola Grande y Comuna San Francisco de la Tola Chica (Andrade G. 2016), las mismas que fueron reconocidas a partir de la Constitución de la República del Ecuador del 2008; las comunas alcanzan un reconocimiento significativo y por primera vez en la Norma Suprema se les otorga la categoría de titulares de derechos colectivos. Las mismas, que hasta la actualidad mantienen una vida comunitaria, con un nivel participativo de todos los miembros en la toma de decisiones.

2.2. Dimensión general

El capital y el Estado capitalista desempeñan un papel protagonista en la producción de espacios y lugares en los que se desarrolla la actividad capitalista; no muy lejos de esta frase, en los últimos años, dado el crecimiento poblacional y desarrollo urbanístico de la zona, como el funcionamiento del Aeropuerto Internacional Mariscal Sucre, con algunas innovaciones como las carreteras que fueron construidas como la Ruta Viva en el sector de la parroquia de Tumbaco, han generado en el sector un crecimiento del polo industrial del Distrito metropolitano de Quito, ha originado una diversidad de estratos sociales en la zona, con la construcción de nuevas urbanizaciones; el aumento de la migración de personas tanto Nacionales como extranjeras en busca de oportunidades, el aumento del comercio, sumado a la falta de control de ocupación y uso del suelo por parte de las autoridades de control, han dado un giro de 360° a Tumbaco, el cual se ha convertido en el eje del crecimiento poblacional.

La presencia del Aeropuerto Internacional Mariscal Sucre, para la parroquia de Tumbaco, genero un gran impacto social , el mismo que fue identificado en la mesa de diálogo para el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del 2015; sumado a esto, se ha convertido en una creciente demanda de tierras por parte del mercado inmobiliario, sobre todo del sector hotelero, lo que ha originado en los comuneros del sector la venta de sus tierras con falsas expectativas como el de mejorar su calidad de vida. Esto ha forjado que las comunas reconocidas como organizaciones sociales y territoriales no quieran seguir reconociéndose como tal y deseen ser reconocidos como barrios con el propósito de obtener títulos de propiedad individual de la tierra, perdiendo así su identidad de comunas ancestrales.

Acciones de globalización, propias de procesos capitalistas en donde el Estado envuelto en discursos de competitividad, rentabilidad y mercantilización de la población va destruyendo formas de vida tradicional, áreas ancestrales como comunas. Pero lo más llamativo como lo dice uno de sus actores Harvey (2014):

Pero lo más llamativo de las crisis no es tanto la transformación total de los espacios físicos, sino los cambios espectaculares que se producen en los modos de pensamiento y de comprensión, en las instituciones y en las ideologías dominantes, en las alianzas y en los procesos políticos, en las subjetividades políticas, en las tecnologías y las formas organizativas, en las relaciones sociales, en las costumbres y los gustos culturales que conforman la vida cotidiana. Las crisis sacuden hasta la médula nuestras concepciones mentales y nuestra posición en el mundo. Y todos nosotros, participantes inquietos y

habitantes de este mundo nuevo que emerge, tenemos que adaptarnos al nuevo estado de cosas mediante la coerción o el consentimiento...(Harvey D. 2014)

El resultado son poblaciones desiguales de riqueza, de poder e influencia.

2.3. Dimensión particular: Condiciones de vida y salud

En este plano particular se identifica el nivel de participación ciudadana de la parroquia de Tumbaco, teniendo en cuenta las prácticas de los grupos y organizaciones para afectar las relaciones de poder a favor del derecho a la salud. Además de los modos de vida colectivos característicos que van a delimitar las potencialidades económicas, políticas, y culturales de cada clase.

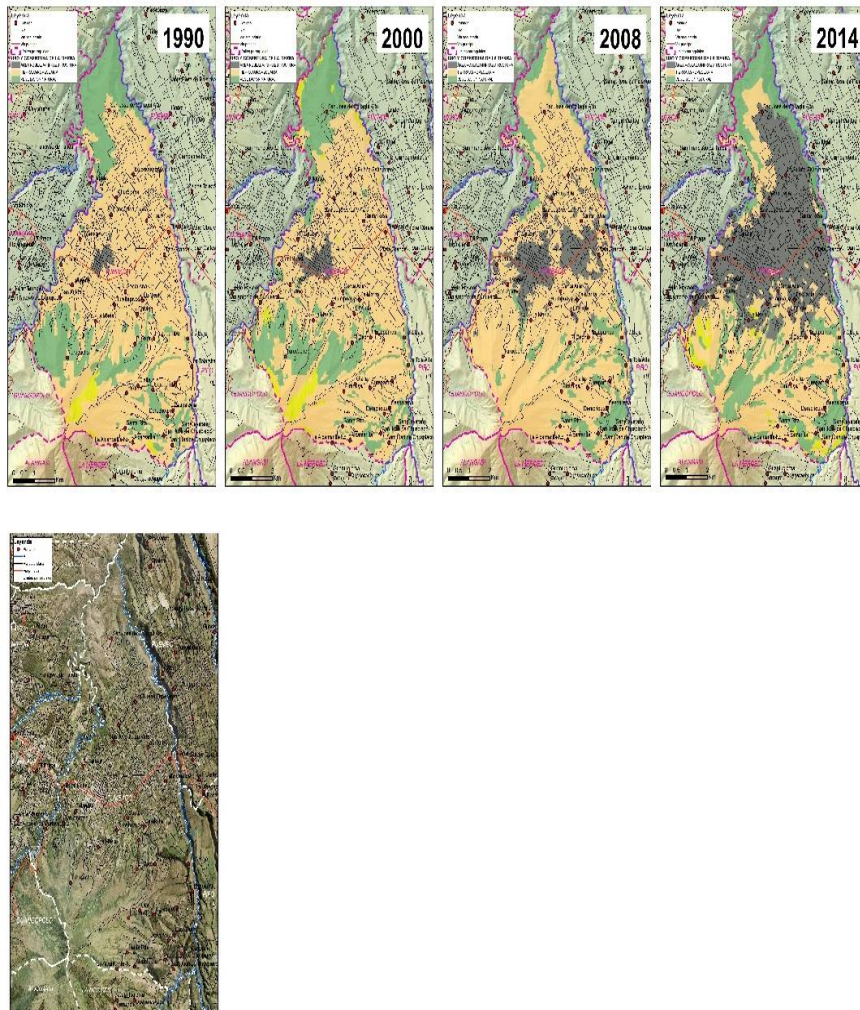
2.3.1. Caracterización demográfica

En términos demográficos, las variables identificables son la población total y crecimiento con su tasa de crecimiento poblacional, la estructura de edades de la población, por etnia y género y tasa de fecundidad.

2.3.1.1. Crecimiento poblacional Parroquia de Tumbaco

El último censo realizado en año 2010, la parroquia de Tumbaco, cuenta con 49.944, con una población femenina de 25.496 mujeres y una población masculina de 18921 hombres (INEC 2010e). Población que a lo largo de las últimas décadas ha ido creciendo como se puede visualizar en los mapas de la región, con datos obtenidos del Ministerio de Ambiente MAE, según Mapa 1 (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2016).

Mapa 1.
Crecimiento poblacional Parroquia de Tumbaco



Elaboración: Propia a partir de Mapa de Cobertura y Uso de la Tierra -Archivos de Información Geográfica - Ministerio de Ambiente de Ecuador. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.

De acuerdo al último Censo del 2010, se registra la auto identificación étnica de la población, la misma que implica un ejercicio individual de determinación de su propia identidad cultural reconociéndose dentro del colectivo; definición que muchas veces en sociedades como las nuestras los patrones culturales tienden a perderse siendo absorbidos por aquellas clases dominantes de la sociedad; la auto identificación étnica del 84% de la población de Tumbaco se considera mestiza con un 41.858 habitantes, del total de 49.944 hab. Como se observa en la Tabla 3 (INEC 2010c).

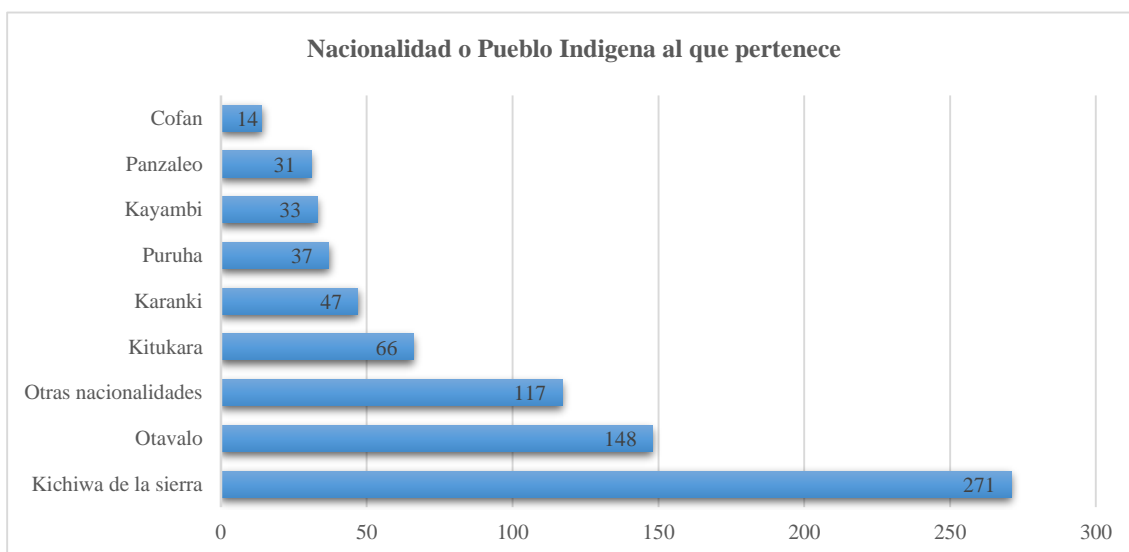
Tabla 4.
Auto identificación étnica

Grupo étnico	Número de población
Mestizo/a	41.858
Blanco/a	3.768
Indígena	1.653
Afroecuatoriano/a Afrodescendiente	939
Mulato/a	690
Montubio/a	676
Negro/a	221
Otro/a	139
Total	49.944

Elaboración: Propia a partir de Población por área, según provincia, cantón y parroquia de empadronamiento y grupos étnicos. Instituto Nacional de Estadística y Censos – INEC 2010

En este grupo censado de 49.944 habitantes, se describe nacionalidades indígenas de diferentes sectores del país, en un total de 784 personas consideradas de diferente nacionalidad y 271 habitantes todavía se consideran como sus ancestros (INEC 2010d), como se observa en el Gráfico 1 y en la Tabla 5.

Gráfico 1.
Nacionalidad o pueblo indígena al que pertenece la población



Elaboración: Propia a partir de Población que se autoidentificó indígena, según provincia de empadronamiento, nacionalidad o pueblo indígena al que pertenece y sexo. Instituto Nacional de Estadística y Censos – INEC 2010

Tabla 5.

Pueblo indígena al que pertenece la población

Pueblo indígena	Número de habitantes	Porcentaje
Kichiwa de la sierra	271	16,39%
Otavalo	148	8,85%
Otras nacionalidades	117	7,08%
Kitukara	66	3,99%
Karanki	47	2,84%
Puruha	37	2,24%
Kayambi	33	2,00%
Panzaleo	31	1,88%
Cofan	14	0,85%

Elaboración: Propia a partir de Población que se autoidentificó indígena, según provincia de empadronamiento, nacionalidad o pueblo indígena al que pertenece y sexo. Instituto Nacional de Estadística y Censos.-INEC 2010

2.3.2. Condiciones de trabajo

Dentro de las Condiciones de Trabajo de la población, se realiza un análisis inicial de la población económicamente activa, posteriormente los tipos de empleo y sus condiciones, además de desempleo y migración. Desde la determinación social el trabajo es una categoría clave para la comprensión de los modos de vida por cuanto es esencial para los procesos de producción, reproducción y consumo. Se toma para el análisis los datos oficiales partiendo de la clasificación de población económicamente activa.

2.3.2.1. Población Económicamente Activa

Para el análisis de Condiciones de trabajo en la población de Tumbaco, se tiene en cuenta las peculiaridades y generalidades de la comunidad, mismas que fueron descritas a lo largo de su historia. La dimensión General, en su contexto económico, político, social y cultural en el cual se desarrolla la comunidad de Tumbaco, continúa manteniendo las inequidades sociales propias de un modo de producción capitalista, en

donde la población económicamente activa, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos en 2010, conforma 23.493 habitantes que corresponde al 49% del total de la población, de los cuales el 57% son hombres y el 43% mujeres. Con datos claros de inequidad de género en donde una de cada tres mujeres entre 18 y 65 años de edad declara no realizar actividades económicas, consideradas amas de casa cuyas actividades en el hogar son invisibilidades tanto desde el punto de vista económico como social (INEC 2010a).

En el sector laboral, en el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del 2015, relatan experiencias de talleres con empleadores del sector; de acuerdo con ellos para la contratación de los trabajadores hay dos exigencias: la primera el nivel de educación mínimo y la segunda una edad máxima determinada (Tumbaco, GAD 2015). A partir de allí, obtener oportunidades laborales es bastante más complicado, si además se suma que las actividades laborales se ofertan para las clases dominantes.

Evidenciando que las clases dominantes y las alianzas hegemónicas de clase pueden conferir un carácter específico a la actividad laboral.

En relación a la edad de la población de Tumbaco y la oportunidad laboral, de acuerdo con el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del 2015, la población es relativamente joven, 2 de cada 3 integrantes de la Población Económicamente Activa (PEA) tienen entre 20 y 45 años. La población de mujeres ha sido excluida de la PEA especialmente por la falta de oportunidades laborales, según se ha comentado en talleres participativos en el GAD (Tumbaco, GAD 2015). El comercio es una actividad laboral propia del sector, ocupa un 16%, es común entre hombres y mujeres, en esta actividad existe una equidad de género.

En relación a las condiciones de trabajo de la población de Tumbaco, en los últimos años se evidencia una marcada inequidad social, sujeta a clases dominantes y de poder que van a explotar a la población joven del sector, en actividades como la construcción con un 93%, la agricultura con 63%, las industrias manufactureras con un 62%, actividades más preponderantes de mano de obra masculina. En relación a actividades desarrolladas por mujeres, sobresale el empleo doméstico con un 90%, es decir, una de cada cinco mujeres de la PEA se dedican a esta actividad, la mayoría ejercen como empleadas domésticas en casas de clase social alta y media alta (Tumbaco, GAD 2015); Otras actividades que se destacan son las de educación con un 64%, actividades de atención en salud con un 71%, en escuelas, colegios y centros de salud del sector del Valle de Tumbaco (Tumbaco, GAD 2015).

2.3.2.2. Empleo y Migración

Problemas como el desempleo y el subempleo van a afectar el desarrollo económico de la parroquia de Tumbaco. Según el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del 2015, en los indicadores de pobreza, el 40% de la población se categoriza como población pobre (Tumbaco, GAD 2015, 34). Se evidencia una problemática en el empleo, debido a que a un 28% de la población manifiesta la falta de buenos trabajos y un 12% la falta de empleo (Tumbaco, GAD 2015). Tumbaco es deficitaria en la generación de puestos de trabajo con respecto al potencial de su mano de obra, por lo que muchos trabajadores deben realizar sus actividades fuera de la parroquia, especialmente en otras parroquias del Distrito Metropolitano de Quito. Según el Censo del 2010, casi el 40% de los hogares tienen al menos una persona que realiza sus actividades económicas fuera de la parroquia. En total, 6.988 trabajan fuera de Tumbaco, aproximadamente el 30% de la PEA (INEC 2010a).

Sumado a esto, lo que más preocupa en los últimos años es la migración a Quito, y viceversa, la gran cantidad de personas que han llegado a la parroquia en busca de vivienda, trabajo e incluso salud. La migración es un problema grave que identifican los actores sociales en la comunidad, muchos consideran a la misma, como una amenaza a su oportunidad de desarrollo, pues limita el conseguir un buen empleo, el acceso a servicios, aumenta la violencia, la delincuencia, aumento de los vendedores ambulantes y consideran que aumenta la población habitante de calle.

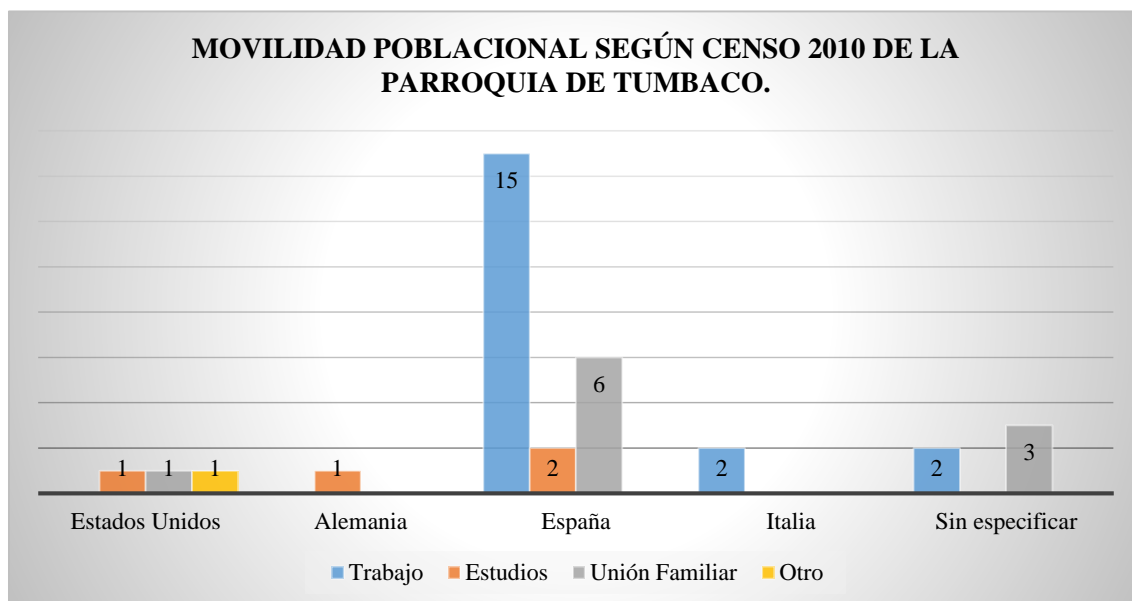
La alta migración ha llevado al abandono de la tierra, sumado a las pocas que quedaron y fueron comercializadas para construcciones de urbanizaciones; la agricultura poco a poco ha ido desapareciendo, los pocos sobrevivientes en esta actividad son los adultos mayores, los mismos que combinan esta actividad con la tenencia de animales de granja, actividad que al decir de uno de sus actores sociales:

“cómo va el crecimiento acelerado de la parroquia hacia las áreas de cemento, las otras actividades desaparecerán con el tiempo” E4C4.

Problemas sociales como pocas oportunidades de empleo y estudios en la población joven ha direccionado a una migración obligatoria dentro y fuera del país, la misma que se ha transformado en una migración constante a países europeos, descrita en el último censo 2010 (INEC 2010b). El destino principal fue España, los mismos que al

cabo de un tiempo comenzaron a enviar dinero en forma trimestral, dinamizando la construcción del sector. Problema social que no se ha logrado discutir en una mesa de diálogo, es el sentir de todos los actores sociales. A continuación, en el Gráfico 2, se describen las causas y lugares de movilidad poblacional de la Parroquia de Tumbaco.

Gráfico 2.
Movilidad poblacional según censo 2010 de la Parroquia de Tumbaco



Elaboración: Propia a partir de Población migrante por sexo, según provincia, cantón y parroquia de empadronamiento. Instituto Nacional de Estadística y Censos.- INEC 2010

Este patrón migratorio que se comienza a evidenciar en la población de Tumbaco antes de los años 2010, y que se sigue extendiendo hasta la actualidad se comienza a combinar con la migración intrarregional de personas que vienen de otras provincias y/o países y quienes vienen en búsqueda de oportunidades de trabajo; una de las situaciones que atrae a los migrantes es por un lado, el nuevo aeropuerto Internacional Mariscal Sucre, a través del cual se presenta un aumento del flujo de personas en búsqueda de mejoras económicas, y de otro lado, para el año 2015 la apertura a población Cubana, quienes adquirieron sus derechos civiles básicos como status migratorio regular, acceso a salud, educación y trabajo, situación que no fue de agrado para la comunidad.

2.3.2.3. Pobreza por NBI

La pobreza, es la punta del iceberg, es un indicador que demuestra la carencia del Buen vivir, es la pobreza por necesidades básicas insatisfechas, que se interpreta como el número de familias que viven en condiciones de pobreza, expresados como porcentaje del total de la población en un determinado año; se considera pobre a una persona si pertenece a un hogar que representa carencias persistentes en la satisfacción de sus necesidades básicas incluyendo: vivienda, salud, educación y empleo (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social 2014).

Según datos registrados en los GADs municipales indican que a nivel nacional la pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) alcanza al 60,1% de la población, en el Distrito Metropolitano de Quito este indicador apenas llega al 29,7%. Sin embargo, en el área rural del Distrito Metropolitano de Quito el mismo indicador alcanza el 40,1%. (Secretaría Metropolitana de Salud del Municipio 2018).

En la parroquia de Tumbaco la pobreza por NBI llega entre 24% y 48%, se encuentra dispersa por todos los barrios con una concentración mayor en la zona del Arenal, donde el 100% de los hogares son considerados pobres. Estos sectores se ubican a lo largo de la quebrada del río Chiche, desde la Av. Interoceánica hasta las faldas del volcán de Ilalo. Otros asentamientos que tienen alto porcentaje de hogares pobres por NBI ubicados al norte del barrio de Collaqui, norte de Pachosalas y Alcantarilla Alta (Tumbaco, GAD 2015, 74 Cap II Diagnóstico).

2.3.3. Condiciones de Vivienda

Mejorar la Calidad de Vida de la población, como lo dice el Plan del Buen Vivir 20013-2017, demanda la universalización de los derechos mediante la garantía de los servicios de calidad, fortalecer el ordenamiento territorial, considerando la capacidad de acogida de los territorios y el equilibrio urbano –rural para garantizar el acceso a un hábitat adecuado y una vivienda digna. El hábitat y la vivienda dignos es reducir el déficit cuantitativo y cualitativo, y el hacinamiento (Secretaría Nacional de Planificación y desarrollo 2013a).

La vivienda es un componente importante para el análisis de asentamientos poblacionales, elemento importante para el desarrollo de capacidades individuales y vínculos familiares y calidad de vida de la población.

En este marco los actores sociales públicos como los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD s Provinciales y Municipales) juegan un papel fundamental en la transformación de las condiciones de vida de la población de Tumbaco, de acuerdo a las competencias establecidas en la Constitución del 2008, para cada nivel de gobierno. En este marco de competencias la oportuna prestación de servicios de agua potable y alcantarillado es esencial para la mejora de las condiciones de la vida de la comunidad.

En relación a las condiciones de vivienda las coberturas en la parroquia son altas, se destacan indicadores de porcentaje de viviendas con conexión de servicio higiénico a la red pública de alcantarillado de 74.73%. Porcentaje de viviendas que reciben agua por red pública es de 95.02%. Porcentaje de viviendas que eliminan la basura por carro recolector es 93.61%. Uno de los logros importantes en la parroquia es el Porcentaje de la población dependiente de la biomasa y del carbón como la principal fuente de energía en los hogares para cocinar 1.20% (Secretaria Metropolitana de Salud del Municipio 2018).

En cuanto a otros datos censales, las vías de acceso a viviendas para el Censo 2010, han ido cambiando en los últimos 4 años, existe un promedio de 92% con vías asfaltadas, pavimentadas y adoquinadas, para los años 2015, 2016, existe ya un 97% de esta realidad. Para este mismo año, las viviendas tipo casas, villas, departamentos y edificios se concentran en las parroquias de Cumbaya y Tumbaco con 27.000 viviendas en relación a 15.000 del resto de parroquias, determinando una mayor concentración poblacional en esas parroquias (INEC 2010f).

Tabla 6.

Tipo de Vivienda población Parroquia de Tumbaco

Tipo de vivienda de la parroquia de Tumbaco	Número de habitantes
Casa/Villa	11.859
Departamento en casa o edificio	2.072
Mediagua	1.510
Cuarto(s) en casa de inquilinato	1425
Covacha	59
Otra vivienda particular	40
Rancho	22
Choza	12
Otra vivienda colectiva	7
Convento o institución religiosa	3
Hotel, pensión, residencial, u hostel	2
Total	17011

Elaboración: Propia a partir de Total de viviendas particulares con personas presentes por tipo de vivienda, según provincia, cantón y parroquia de empadronamiento. Instituto Nacional de Estadística y Censos. INEC 2010

A nivel de la parroquia de Tumbaco, el acceso a la vivienda es uno de los problemas registrados, ya que, del total de 17.011 viviendas, se concentran a lo largo de la Av. Interoceánica, con una densidad de vivienda que varía en el centro de 0, 16-10 viviendas por hectárea (Tumbaco, GAD 2015, 84 Cap II Diagnóstico). A esto se suma que el 15,8% de la población vive en hacinamiento; sectores como el Arenal llegan a tener un 50% de esta condición (Tumbaco, GAD 2015, 84 Cap II Diagnóstico). Por otro lado, el 51,8 % de la población posee vivienda propia, y un 32,2% vive en vivienda arrendada; en sectores como el Arenal la vivienda propia se convierte a la vez en vivienda de alquiler, más que en otros sectores. Del total de las viviendas, un 20% poseen un déficit de calidad en su estructura que deben ser mejoradas (Tumbaco, GAD 2015, 86-87 Cap II Diagnóstico). Comportamiento que se presenta en algunos sectores por la alta migración a la población de Tumbaco.

Los actores sociales comunitarios manifiestan su preocupación con el desarrollo urbanístico de Tumbaco, según ellos, han perdido áreas verdes, ya no identifican el campo, ni las oportunidades de mejorar sus condiciones de vida que les habían planteado sus líderes barriales, pues sus viviendas se han perdido en las construcciones de cemento, y han pasado a ser área urbana y no rural.

2.3.4. Educación

En los espacios de participación de la comunidad en los GAD, se hace referencia al nivel de Educación formal de la población, que de alguna manera va influir en el empleo, así uno de cada cuatro hogares que se consideran pobres en Tumbaco, manifiesta que el factor educativo ha sido el principal problema para su situación de pobreza (Tumbaco, GAD 2015). De acuerdo con Censo del 2010, un 6% de la población es analfabeta; de la población mayor de 18 años, un 4% no ha asistido a ningún nivel educativo con un 70% en mujeres, un 27% solo ha culminado la escuela y un 26% el colegio, un 2% sólo ha finalizado la educación básica y un 7% ha llegado a educación media. Realidades que han evidenciado en talleres participativos en donde se encontraron con dificultades para leer y escribir al llenar las encuestas. La educación superior representa un 26% de la población, los niveles de postgrados un 3,6% con un 60% más en hombres (INEC 2010a).

La Educación como problema social, de la parroquia de Tumbaco, desde las voces de los actores sociales, se enmarca en los pocos establecimientos de educación accesibles

a la comunidad, por lo que han tenido que salir a Quito, a buscar establecimientos de educación donde continuar sus estudios. En los últimos años, es el sentir de todos los actores sociales, las políticas de educación implementadas por el régimen, por una parte, son consideradas positivas, porque muchos de los jóvenes pueden terminar el bachillerato a través del uso de nuevas tecnologías de información, proyectos como “Ser bachiller”, o centros de educación nocturna; dichos proyectos son apoyados y promulgados por el Gobierno Autónomo Descentralizado de la Parroquia de Tumbaco y el Ministerio de Educación. Por otro lado, los actores sociales identifican la falta de oportunidades para continuar con los estudios superiores, y atribuyen dicha ausencia de oportunidades a las nuevas políticas, específicamente al requisito de cumplir cierto puntaje para poder acceder a la educación superior, situación que limita el acceso a las instituciones de educación superior y conlleva al aumento del empleo informal, del desempleo e incrementa la falta de oportunidades.

Para el año 2016, el promedio de años de escolarización fue de 9.5 años. Con una tasa de alfabetización de 15 años o más de 95.78.

2.3.5. Salud

La salud se mira desde dos enfoques, uno con una mirada comunitaria y otra que emerge de la lógica institucional que se enmarca por enfermedades; en este tema se realiza un análisis dentro del enfoque de la determinación social asumida como salud-enfermedad con el fin de identificar aquello que es necesario cambiar para que se construyan condiciones de vida saludables. Ser parte de una perspectiva salud enmarca aquello que se busca, no aquello que se denuncia.

Esto obliga a ir más allá del cuerpo hacia la problematización de las condiciones en las que este se encuentra y que lo determina en términos biológicos, complejizando así la acción sanitaria. Esto permitirá desarrollar una práctica médica capaz de reconstruirla para hacer de ella una herramienta de emancipación frente al orden social en vez de una reproducción. De esta manera la acción de defensa de la salud implica denuncia y práctica frente a la modificación de aquellas estructuras generadoras de inequidad.

Los actores sociales comunitarios identifican como problemas en salud la prestación de servicios, la calidad de atención y lo relacionan con la falta de espacios de participación en donde puedan expresar estos temas.

La salud en el enfoque comunitario es una necesidad, que los actores sociales, le dan diferentes perspectivas: necesitan apoyo para grupos de riesgo como adultos mayores, piden respeto a sus creencias ancestrales de medicina tradicional, consideran que debe haber una fusión entre la medicina de sus ancestros con la medicina occidental, consideran que no solo se debe dar la medicina de la farmacia, sino combinar con las técnicas que ellos utilizan para el cuidado de la salud y el manejo de la enfermedad.

Un problema que se identifica durante la entrevista a los actores sociales es su desconfianza al sistema de salud; esto se debe a algunas situaciones de mala prestación de los servicios de salud, especialmente en el sector público, igualmente, la demora o aumento en los tiempos de espera para ser atendidos, y por la necesidad que se les atiendan en caso de emergencia en un servicio que preste atención las 24 horas.

2.3.5.1. Indicadores de salud

De acuerdo a los indicadores de salud, que maneja los Gobiernos Autónomos Descentralizados en la provincia de Pichincha para el 2010, la esperanza de vida fue de 76.4 años (hombres 73.8, mujeres 79) y se estima que para el 2020 llegue a 78.3 (hombres 75.7, mujeres 80.8) (Secretaría Metropolitana de Salud del Municipio 2018). La tasa global de fecundidad en el año 2010 fue de 2.2 hijos y se estima que para el 2020 llegue a 2.0 y en la parroquia de Tumbaco se registra una tasa Global de fecundidad 2,21 hijos por mujer en la población, misma que en comparación con la del país se encuentra dentro de lo esperado, de acuerdo a las Proyecciones del INEC Ecuador en Cifras, para el 2020 se espera una tasa entre 2,79 y 2,35 hijos por mujer.

La población con discapacidad registrada para el 2012 fue de 4,17; Tasa de Médicos por 10000 habitantes de 8; con una tasa de natalidad de 19,74 por 1000 habitantes para el año 2012 (Tumbaco, GAD 2015).

Tabla 7.

Indicadores de Salud Parroquia de Tumbaco

Indicadores de Salud Parroquia de Tumbaco	
Indicador	%
Tasa Global de Fecundidad	2,21
Población con discapacidad	4,17
Tasa de médicos por 10000 habitantes	8,01
Tasa de natalidad	19,74

Elaboración: Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial. Gobierno Autónomo Descentralizado parroquial de Tumbaco 2015.

De acuerdo con los actores sociales entrevistados que participan en los GADs municipales, estos datos van reflejando un cambio en la pirámide poblacional en donde progresivamente va disminuyendo la población de niños y jóvenes, y aumentando la población adulta mayor; el mismo comportamiento es para el Ecuador. Esto dará inicio a la consolidación del envejecimiento de la población en los próximos años, por lo que para el Estado genera grandes desafíos en los planos social, económico, político y cultural

En lo referente a la salud, resulta incuestionable que con el paso del tiempo la población adulta presenta mayor frecuencia de enfermedades crónico-degenerativas que requieren tratamientos médicos prolongados y de mayor costo. En lo económico, se requerirá el incremento de la dependencia económica de la población mayor y el fortalecimiento de pensiones que asegure su viabilidad financiera, cobertura y montos de las pensiones. En lo político, es importante el papel que debe jugar el gobierno y las instituciones públicas y privadas como responsables de los sistemas de salud y cobertura médica, educación, vivienda, empleo, pensiones y seguridad social. Estos son algunos de los desafíos a los cuales se enfrenta nuestra población en las próximas décadas (Secretaría Metropolitana de Salud del Municipio 2018).

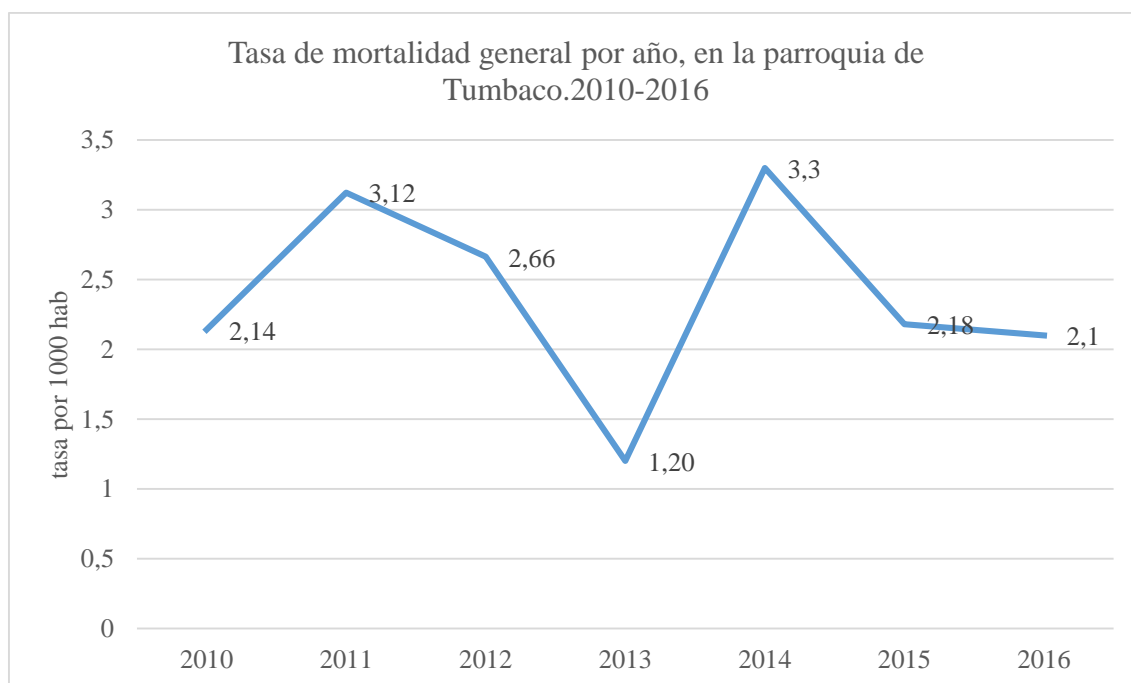
2.3.5.2. Mortalidad en la Parroquia de Tumbaco.

La tasa de mortalidad general en la población de Tumbaco para los años 2010, registrado en el último Censo de población y vivienda en el país, en el 2010, según INEC fue de 2,14 por 1000 habitantes, periodo caracterizado por una serie de acontecimientos de tinte político que afectaron la inestabilidad del país, se presenta un aumento del desempleo en un 7,2% a nivel país, aumento de la pobreza 5,9% y crisis económica en un 6,6 % (Mera Flores 2010); en la parroquia de Tumbaco, se encuentra saliendo de un problema de contaminación de agua de consumo humano, el mismo que fue superado con

participación ciudadana de los diferentes sectores públicos, privados y comunidad y se da inicio en la parroquia de Tumbaco y todo el sector la planificación para construcción de la nueva carretera que lleva al aeropuerto internacional mariscal Sucre; para el 2011 con una tasa de mortalidad general 3,12 datos registrados, para antes de la promulgación de la Ley Organica de Participación Ciudadana, la tasa de mortalidad general en la parroquia para el año 2012 disminuye a 2,66; para 2013 disminuye considerablemente a 1,20, a partir del 2014 la tasa aumenta a 3,3 en este periodo hay nuevos gobiernos autonomos descentralizados para mantener hasta el 2016 con algunas fluctuaciones entre 2,18 y 2,1 (INEC 2016a). Durante este periodo se marca la construcción y operación del Aeropuerto Internacional mariscal Sucre de Quito en el 2013 y de la Ruta viva en el 2014 que va interconectar todo el valle de Tumbaco, estas dos infraestructuras constituyen transformaciones territoriales considerables que parten de la gestión del Estado y que afectaron modos de vida de la población. Gráfico 3.

Gráfico 3.

Tasa de mortalidad general por año de la Población de Tumbaco. 2010 - 2016



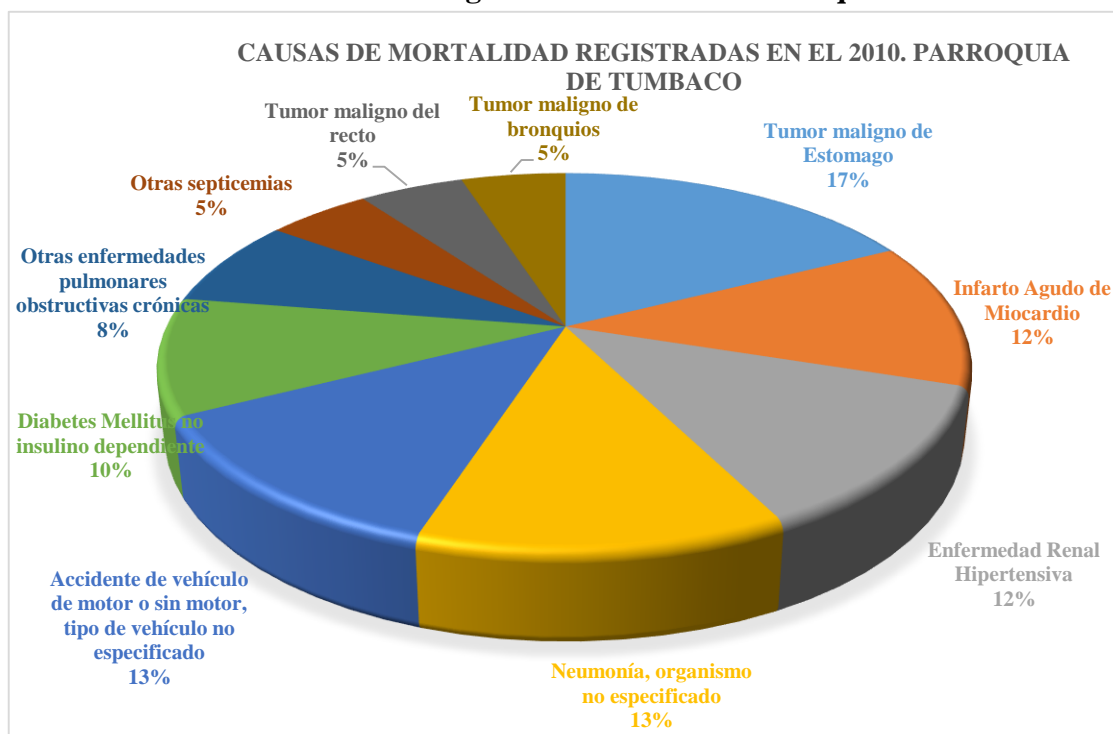
Elaboración: Propia a partir de Estadísticas vitales (Nacimientos y defunciones).

Instituto Nacional de Estadística y Censos. INEC 2016

En relación a esta tendencia, se puede decir, que la población de Tumbaco al igual que todo el Distrito Metropolitano de Quito y el país, la tasa bruta de mortalidad y fecundidad han disminuido. Sin embargo, se evidencia un aumento importante de las Enfermedades Crónicas no trasmisibles como principal causa de mortalidad, ligadas a la edad avanzada de las personas y cambios en los estilos de vida de los colectivos. Estas dos grandes transiciones dan como resultado que las primeras causas de mortalidad sean las Enfermedades Crónicas no trasmisibles, responsables del 70% de mortalidad; siendo las neoplasias malignas y las enfermedades del sistema circulatorio las primeras causas de muerte (INEC 2016a; Ministerio de Salud Pública 2016c). Según datos de la parroquia de Tumbaco desde año 2010, las neoplasias ocupan el primer lugar, seguido de las enfermedades crónicas no transmisibles Grafico 4.

Gráfico 4.

CAUSAS DE MORTALIDAD registradas en el 2010. Parroquia de Tumbaco.



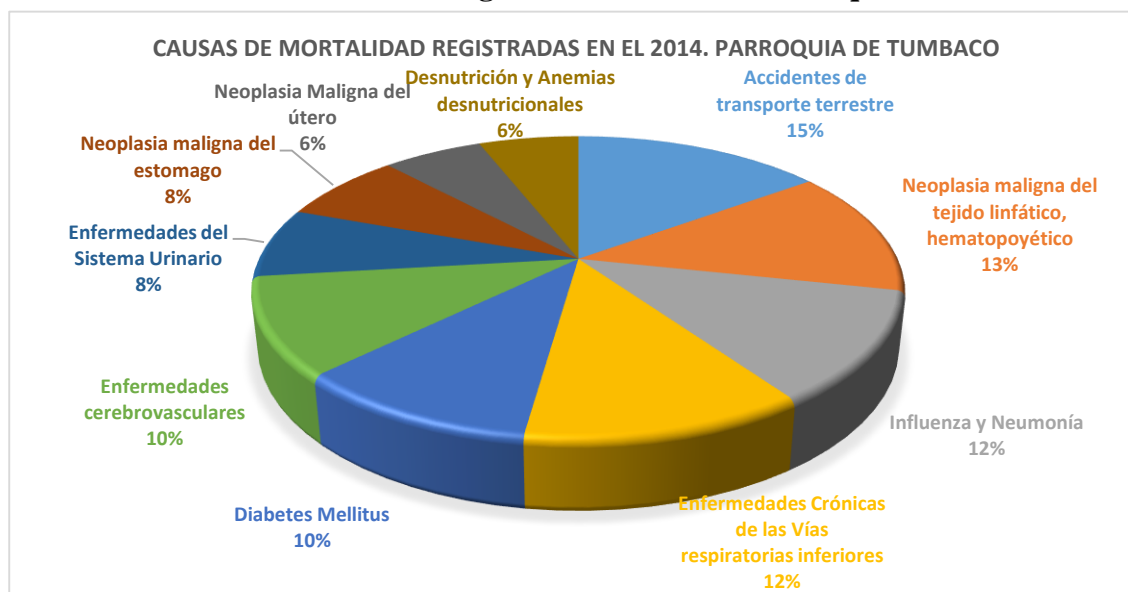
Elaboración: Propia a partir de Información estadística y geográfica de salud. Defunciones generales. Ministerio de Salud Pública

Para el 2014, se evidencia un cambio como primeras causa de mortalidad en la parroquia de Tumbaco, los accidentes de transporte terrestre con un 15%, etapa en la que se comienza a construir la carretera principal Ruta viva, que interconecta con el nuevo aeropuerto Internacional Mariscal Sucre de Quito, sumado a esto el desplazamiento de

personas a la parroquia de Tumbaco, en busca de viviendas, trabajo entre otros. Para este año las neoplasias siguen siendo una de las principales causas de mortalidad, seguido de Enfermedades Crónicas no transmisibles. Gráfico 5.

Gráfico 5.

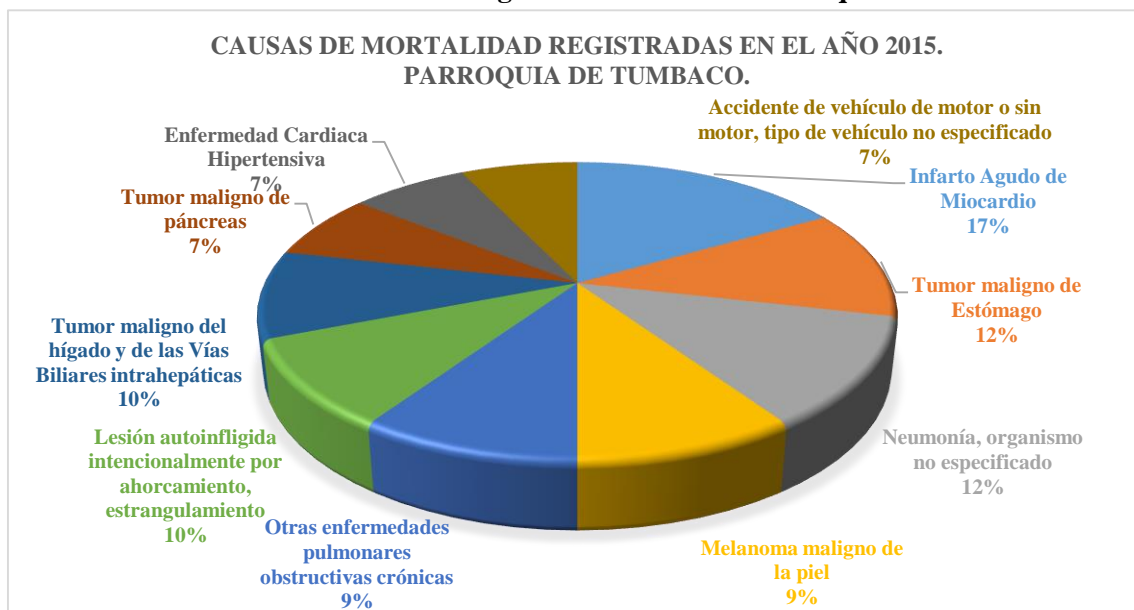
Causas de Mortalidad registradas en el 2014. Parroquia de Tumbaco.



Elaboración: Propia a partir de Información estadística y geográfica de salud. Defunciones generales. Ministerio de Salud Pública

Para el 2015, las Enfermedades Crónicas no transmisibles, comienzan a surgir como una de las principales causas de mortalidad con Infarto Agudo de Miocardio con un 17% y se mantienen las neoplasias dentro de las primeras diez causas de mortalidad,

Gráfico 6.

Causas de Mortalidad registradas en el 2015. Parroquia de Tumbaco.

Elaboración: Propia a partir de Información estadística y geográfica de salud. Defunciones generales. Ministerio de Salud Pública

En relación a las enfermedades transmisibles como influenza y Neumonías que aparecen desde el año 2014, se puede decir que durante el año 2013 a nivel país se evidencia un incremento en la circulación de influenza A(H1N1)pdm09, en que ocurrieron alrededor de 114 defunciones, comenzando a disminuir para los siguientes años, para nuevamente incrementar la circulación del virus para el año 2016, en época invernal registrando influenza A/H3N2, influenza B e influenza A(H1N1)pdm09. (Secretaría Metropolitana de Salud del Municipio 2018).

Las condiciones de vida de una población van incidir en forma importante en su pronóstico cardiovascular, así, procesos de salud mal sanos como dieta malsana, sedentarismo, obesidad entre otras van a afectar la salud del individuo. Los Infartos Agudos de Miocardio durante los años 2010 y posteriormente desde el 2014 al 2016, constituyen una de las principales causas de mortalidad, los mismos que han ido aumentando hasta el 2016 ocupando el primer lugar, y si no se emprenden acciones para reducir a estos procesos malsanos aumentarían la incidencia de enfermedades, la idea es promover políticas de estado de bienestar como tareas de prevención con monitoreo de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, que constituyen otra causa de muerte en la población de Tumbaco; patologías que pueden disminuir mejorando calidad de vida

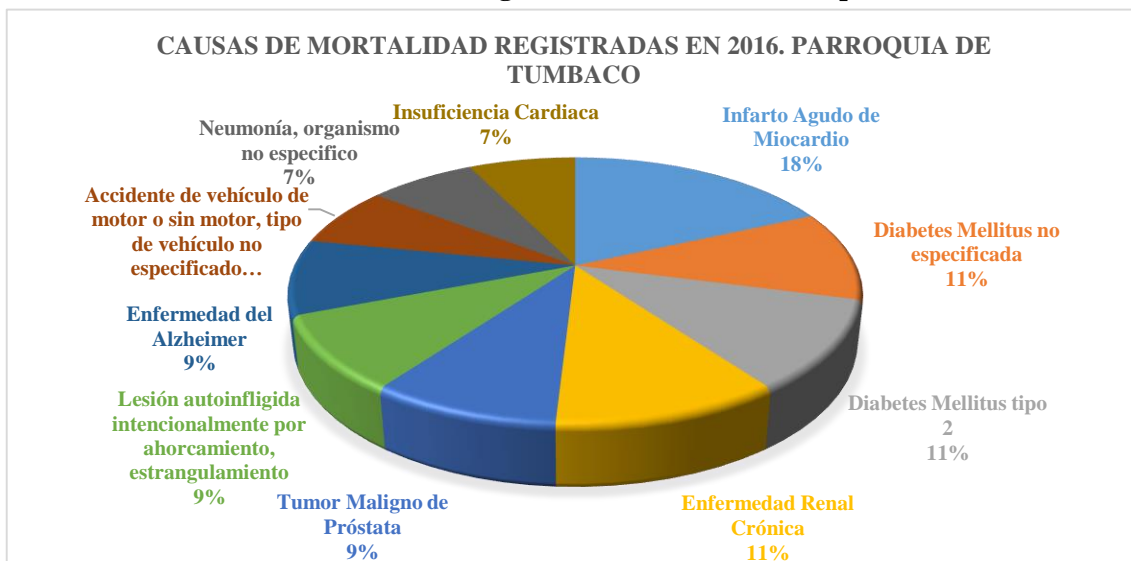
con políticas macroeconómicas que disminuyan las brechas de desigualdad social. (Ministerio de Salud Pública 2016c). Para el 2016, se registran a las enfermedades crónicas no transmisibles como la primera causa de mortalidad.

El sistema de movilidad de la parroquia de Tumbaco ocasiona problemas en la población al decir de los actores sociales comunitarios, la falta de paradas de pasajeros en las vías de circulación obliga a los buses del servicio público a realizar paradas en sitios inadecuados provocando desorganización y siendo la causa de accidentes de tránsito, sumado a esto la construcción de la nueva ruta viva, con pocos pasos peatonales, mismos que cortaron la accesibilidad que existió ya que los pasos viales y peatonales estaban mejor conectados y unían barrios. Los accidentes de tránsito han aumentado y constituyen otra de las principales causas de muerte en la población de Tumbaco, mismas que en el año 2014, fueron causas de mortalidad con 10 casos, más frecuente en personas en edad productiva entre 20 a 49 años de edad, de acuerdo al INEC. (INEC 2016a; Ministerio de Salud Pública 2016c).

Problemas respiratorios como Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, es otra de las causas de mortalidad en la población, al ser una patología progresiva, con disnea que puede producir predisposición a exacerbaciones y enfermedades graves, característico de fumadores crónicos por una parte y en otros casos en pacientes que han padecido asma crónica. (INEC 2016a; Ministerio de Salud Pública 2016c).

La violencia social, es otro problema identificado por los actores sociales comunitarios y corroborado por estadísticas de los GADs municipales, en los últimos años, descritos anteriormente en relación a las causas de mortalidad, se registran en los años 2015 y 2016 mortalidad por causas externas como Lesión auto infligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento, suicidios más frecuentes en adolescentes y en jóvenes (INEC 2016a; Ministerio de Salud Pública 2016c). Problema que preocupa a los actores sociales comunitarios quienes relacionan este indicador con el aumento de la migración, el desempleo, el subempleo y las pocas oportunidades de educación entre lo más visible.

Gráfico 7.

Causas de Mortalidad registradas en el 2016. Parroquia de Tumbaco.

Elaboración: Propia a partir de Información estadística y geográfica de salud. Defunciones generales. Ministerio de Salud Pública

En relación a la mortalidad materna e infantil, son situaciones que siempre se quedan ligadas a aspectos sociales como salud, educación, nutrición; aspectos económicos además de acceso a servicios. En cuanto a la razón de mortalidad materna, para el año 2010, no se encuentra registro comparativos de la población de Tumbaco; para los 2014, 2015, 2016 la razón de mortalidad Materna en la parroquia de Tumbaco no registra ningún evento de acuerdo a la información estadística el Ministerio de Salud Pública. (Ministerio de Salud Pública 2016e).

Dentro de la Mortalidad Infantil en Tumbaco, para los años, 2010 no se registra casos, para 2014 con 8 casos, pero se desconoce las causas, en el 2015 tampoco se registran casos de mortalidad infantil. Para el 2016, se presentan 11 casos, según datos obtenidos del Ministerio de Salud Pública. (Ministerio de Salud Pública 2016d). De los cuales, el 45% corresponde a 5 casos en neonatos, lo que nos indica que todavía hay desigualdades en acceso del primer nivel de atención, y que al tener afectación la salud de una madre va a contribuir a aumentar casos de mortalidad en neonatos.

Un 36% de los casos de mortalidad infantil, son por anomalías congénitas y un 18% a prematuridad, problemas que se pueden visualizar por limitación de la calidad de los servicios de cuidados obstétricos y neonatales (Ministerio de Salud Pública 2016d).

Tabla 8.

Mortalidad Infantil. Parroquia de Tumbaco. 2016.

Causa	0-6 días	7-27 días	28 días -11 meses	Total general
PO7 Trastornos relacionados con la duración corta de la de la gestación y el crecimiento feta	2			2
W84 Obstrucción no especifica de la respiración			2	2
J18 Neumonía, organismo no especificado			1	1
P23 Neumonía congénita		1		1
P78 Otros trastornos perinatales del sistema digestivo			1	1
Q21 Malformaciones congénitas del corazón		1		1
Q24 Otras malformaciones congénitas del corazón	1			1
Q25 Malformaciones congénitas de las grandes arterias			1	1
Q33 Malformaciones congénitas del pulmón			1	1
Total General	3	2	6	11

Elaboración: Propia a partir de Información estadística y geográfica de salud. Defunciones generales. Ministerio de Salud Pública

Años de vida perdidos (AVP)

De acuerdo a datos obtenidos del GADs Municipal, en el Distrito Metropolitano de Quito, las Enfermedades No Transmisibles, en el año 2016, fueron responsables del 48% de AVP (71.075 AVP), en relación al total de AVP (147.964 AVP), existiendo un incremento de 14 puntos porcentuales en relación al año 1997. La segunda causa de años de vida perdidos son las causas externas responsables del 28% de AVP. Las enfermedades que se han mantenido en los tres primeros lugares en el año 1997 y 2016 como principales causantes de AVP, son: Ciertas afecciones originadas en el período perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; y, accidentes de transporte. Para el año 2016, ascienden de puesto los suicidios, accidentes que obstruyen la respiración, y las enfermedades isquémicas del corazón (Secretaría Metropolitana de Salud del Municipio 2018).

2.3.5.3. Morbilidad de la Parroquia de Tumbaco 2014, 2015 y 2016

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles constituyen un problema de salud pública a nivel de Ecuador, no lejos de esto también constituye un problema en la población de Tumbaco, relacionado con las condiciones de vida producto de situaciones

sociales, económicas, políticas, culturales en donde se desarrolla la comunidad, desde el paradigma de la Determinación social en la dimensión individual en donde se encuadra en una serie de estilos de vida que determinan procesos malsanos en relación con la inequidad social que van a definir enfermedades, muchas de ellas crónicas prevenibles. Inequidades sociales en salud que son interacciones dialécticas entre diferentes dimensiones que van desde el individuo a las comunidades a la dimensión general donde se desarrollan las políticas de salud pública enmarcadas en garantizar el derecho a la salud. Las personas en condiciones de carencias tienden a exteriorizar conductas mal sanas como tabaquismo, dieta malsana además de afrontar barreras financieras para escoger un estilo de vida saludable.

En este contexto para los actores sociales comunitarios no es difícil identificar un aumento de Enfermedades Crónicas como la Diabetes, la Hipertensión, el cáncer, y su preocupación, por no saber cómo evitar enfermarse. Para ellos, los niños, los ancianos, las embarazadas adolescentes son los grupos más susceptibles a enfermar, por lo que consideran se debería trabajar más con ellos en prevención.

Otro problema que manifiesta claramente, es la presencia de enfermedades diarreicas y respiratorias en los niños, en los adultos mayores los problemas respiratorios y las enfermedades crónicas y como problema social de la comunidad el embarazo en adolescentes, pues consideran un grupo susceptible que necesita ayuda para enfrentar su entorno social, ya que las interacciones sociales que afecta a este grupo va influir en las conductas personales y comunidad.

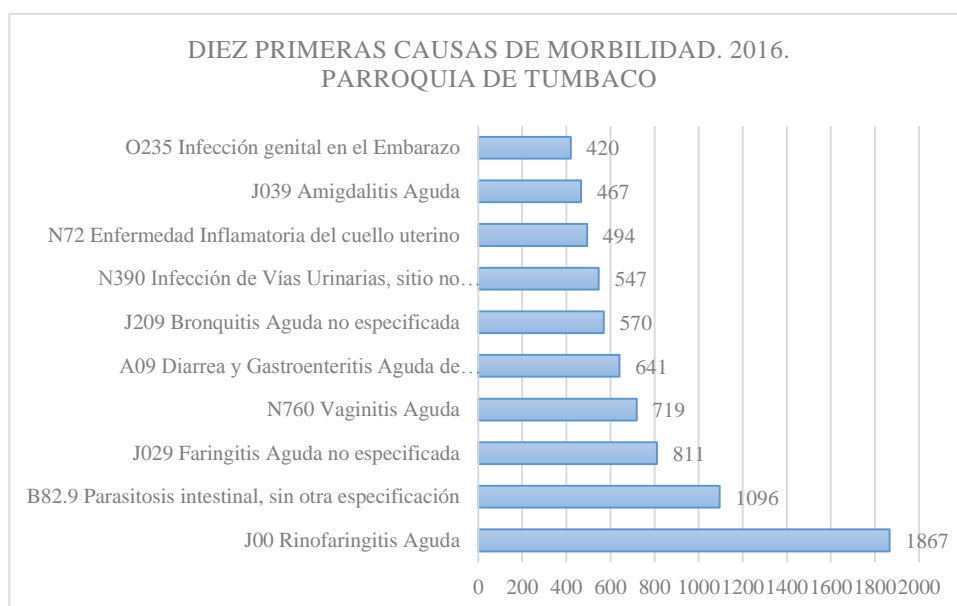
En relación a los problemas respiratorios que identifican los actores sociales, para ellos se determina como la primera causa de enfermedad, por la que generalmente deben buscar ayuda, sobre todo en épocas de invierno, ante esto, los actores expresan su conocimiento y la necesidad de acudir a recibir atención médica en estos periodos de tiempo, si como asistir al centro de salud por la vacuna de la Influenza, como medio preventivo. De igual forma, se evidencia que las patologías respiratorias transmisibles como la Neumonía, son adquiridas en la comunidad, con tendencia propia en niños menores de 5 años y en la tercera edad; existe una alta incidencia de problemas respiratorios que van de resfriados comunes a amigdalitis, faringo amidgalitis que son propios de cambios climáticos, tomando en cuenta que la población se moviliza frecuentemente por trabajo a otras parroquias, pasando del clima cálido al frío, propio de los estilos de vida de la población.

Las situaciones de vivienda con carencias, la exposición a trabajo peligroso o estresante, hábitos de comida y bebida y el limitado acceso a los servicios de salud, además de inequidades en creencias culturales sobre género, etnia, clase social, posición socioeconómica y estilo de vida pueden influir en las condiciones de salud, más aún cuando existen diversos ambientes que condicionan el estado de salud de un individuo.

Para los años 2014, 2015 y 2016 antes y después de la promulgación de la Ley Orgánica de Participación Ciudadana, no muy lejos de las voces de los actores sociales, las estadísticas del INEC y el Ministerio de Salud Pública corrobora la morbilidad de la parroquia así las enfermedades del sistema respiratorio (Cie10) tipo resfriado común, amigdalitis Aguda, faringitis son las que mayor incidencia se presentaron, seguido de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (Cie10) como parasitosis, diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, las mismas que al decir de la comunidad se deben a las malas hábitos higiénicos, enfermedades que afectan a los niñas (os), entre otras (Ministerio de Salud Pública 2016b).

Gráfico 8.

Principales causas de Morbilidad. Parroquia de Tumbaco 2016.



Elaboración: Propia a partir de Información estadística y geográfica de salud.
Defunciones generales. Ministerio de Salud Pública

En talleres participativos con la comunidad, el GAD Municipal trabaja en un diagnóstico de salud del Distrito Metropolitano de Quito, en donde se objetivo final es realizar un Plan que va a contribuir en las acciones de promoción, prevención y prestación de servicios de salud y vigilancia al desarrollo de un territorio saludable como garantía del derecho a la salud, plan que fue desarrollado a nivel de Distrito Metropolitano de Quito, por la secretaria Metropolitana de Salud.

2.3.5.4. Accesibilidad a los servicios de Salud

La accesibilidad a los servicios de salud, sigue siendo una barrera para los actores sociales, a pesar de que reconocen que ha mejorado la distancias en muchos sectores, pues tienen transporte todo el tiempo, pero lo que realmente es una barrera para ellos es la gran demanda del servicio de salud que hace que tengan que esperar mucho tiempo para ser atendidos y el trato con muy poca información que reciben en la Unidad de Salud.

A parte de este tema de accesibilidad, también nos hablan de cultura de las personas cuando enferman, a donde acuden, muchos de los actores sociales, dicen que es cuestión de dinero, así lo expresa uno de los actores sociales del sector privado.

“la cultura de acudir a atender su enfermedad va de la mano con la plata y la última instancia que debe buscarse es la agüita de manzanilla para un dolor primero, segundo esta la farmacia”. E3C4.

Los actores sociales comunitarios coinciden que la población cuando enferma acude a remedios caseros y lo que diga la vecina, como segunda opción es ir a la farmacia y si no hay mejora van al Médico, si hay dinero van a la atención Médica Privada. Su apreciación es que hay desconfianza a la atención que da el centro de salud, generado por el tiempo de espera, el maltrato de los profesionales y la falta de personal para la atención.

Se identificaron barreras de tipo: administrativo, geográfico, cultural, económico, social, político. Barreras que deben ser superadas como parte del sistema de prestación de servicios, se debe tomar en cuenta necesidades individuales y colectivos de la comunidad, con el propósito de garantizar el derecho a la salud.

A pesar de estos problemas, los indicadores de desarrollo social y humano de la parroquia de Tumbaco, registrados por el GADs, en relación a la accesibilidad a servicios de salud, refleja un porcentaje de nacimientos registrados asistidos por personal de salud

de 99.16 %. Lo que da a comprender que la comunidad busca siempre la atención de los servicios de salud públicos o privados en la parroquia o fuera de ella; tomando en cuenta que el porcentaje de población cubierta por algún tipo de seguro médico es 47.11 %.

En resumen, se puede decir, que muchos problemas de salud que se desarrollaron en la parroquia de Tumbaco podían ser superados con mejorar las condiciones de vida de la comunidad, en este sentido dadas las profundas diferencias económicas que se originaron en diversos sectores de la parroquia, deviene en que un alto número de personas del sector vivan en condiciones de desigualdad. Consecuencia de esto, se evidencia marcadas clases sociales, grupos prioritarios desprotegidos, muchos de ellos sin seguridad social, con políticas públicas que no se ha evidenciado transformación en las condiciones de vida de la comunidad vinculado a esto, problemas de accesibilidad a servicios de salud.

Para el año 2016, en la parroquia de Tumbaco, en el diagnóstico de Salud realizado por el GADs municipal, se registran el índice de resultados sanitarios de once indicadores de salud, que evidencia condiciones de desigualdad, la información de la parroquia de Tumbaco presenta indicadores preocupantes:

Tabla 9.

Indicadores parroquia de Tumbaco. Diagnóstico de salud.

INDICADOR	
Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	10.26
Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (por 1000 nacidos vivos)	13.99
Tasa de mortalidad por diabetes (por 100.000 habitantes)	20.83
Tasa de mortalidad por tuberculosis (por 100.000 habitantes)	0.00
Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito o según lugar de ocurrencia (por 100.000 habitantes)	6.94
Tasa de mortalidad por cáncer (por 100.000 habitantes)	72.89
Tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares (por 100.000 habitantes)	29.50
Tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias (por 100.000 habitantes)	29.50
Tasa de mortalidad por VIH-SIDA (por 100.000 habitantes)	5.21
Tasa de mortalidad por homicidios (por 100.000 habitantes)	1.74
Tasa de mortalidad por enfermedades mentales (por 100.000 habitantes)	1.74

Elaboración: propia a partir de la Unidad de Análisis e Investigación en Salud de la Secretaría de Salud 2018

Esta revisión de los diferentes modos de vida de la población de Tumbaco, en el plano particular, evidencia elementos de transición las tasas de mortalidad general y fecundidad históricamente ha ido disminuyendo, pero la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años ha aumentado; consolidando el envejecimiento de la población en las próximas décadas. Sumado a esto un cambio del patrón epidemiológico con aumento de Enfermedades Crónicas no transmisibles las mismas que comienzan a visualizarse desde la edad productiva y que se relacionan con cambios en los hábitos de vida, sigamos sumando a esto el desplazamiento territorial al cual vienen siendo sometidos, por los diferentes procesos de urbanización en el cual la parroquia se desarrolla. Retos que deben ser plasmados en un espacio participativo, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de la población, es decir, mejorar las condiciones en las que nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Elaborar y proponer políticas que analicen todos los planos sociales, económicos, políticos y culturales.

Es prioritario consolidar en este espacio de dialogo el trabajo intersectorial y comunitario para incidir en la disminución de estos problemas evidenciados, pasar de un tipo de participación pasiva hasta el momento a una activa.

2.4. Dimensión individual

La inequidad estructural del sistema capitalista se hace visible en algo absolutamente concreto: los sujetos de quienes hacen parte de un mismo colectivo humano. Todos los sujetos no pasan por el mismo proceso salud-enfermedad según la posición social que el sistema capitalista asigna a cada sujeto al clasificarlo en un colectivo social específico. Este proceso se vive de manera diferencial, siendo palpable sobre los sujetos y sus padecimientos.

De acuerdo a datos generados por el GADs municipal, (2018) en el Distrito Metropolitano de Quito la prevalencia de factores de riesgo comportamentales modificables de los individuos, por rango de edad, según encuesta más reciente ENSANUT ECU 2012: inactividad física y baja actividad global 38.6% (población de 18 a 59 años), consumo actual de tabaco 34,5% (población de 20 a 59 años), consumo de alcohol en el último mes 40.9% (población de 20 a 59 años), consumo de exceso de carbohidratos 14% y consumo de exceso de grasas 11%.

Un tanto para contrarrestar uno de los problemas de salud más evidentes como son las Enfermedades Crónicas no transmisibles, por parte de los actores sociales del GADs municipales, nos dicen, sobre programas de prevención como bailoterapias en algunos barrios, promueven ferias de alimentación sana, caminatas, entre los más populares. Tratan de llegar a todas las clases sociales del sector, por la experiencia de ellos en temas de prevención, dicen tener bastante acogida, aún más los fines de semana.

Uno de los proyectos de la de Secretaría de Salud del Distrito Metropolitano de Quito es Salud al Paso implementado por la desde el año 2015 con el objetivo de detectar y manejar factores de riesgo de ENT, en donde se registra que aproximadamente datos como: la mitad de los usuarios consume frutas y verduras más de 4 días a la semana, y de ellos el 96% ingiere menos de 4 porciones al día, un 69% registra sedentarismo, 10% consume actualmente tabaco y el 15% manifestó consumir alcohol en el último mes. Además de valores de presión arterial en rango alto, 5% de valores de glicemia en rango alto y 65.2% de sobrepeso y obesidad en mayores de 18 años (Secretaria Metropolitana de Salud del Municipio 2018).

En este proyecto, se han registrados datos relevantes de la parroquia como porcentaje de sobrepeso y obesidad en usuarios de salud al paso, con un 63.18%.

Capítulo tres

Análisis de categorías

En este capítulo se presenta el análisis de los resultados, de acuerdo con las categorías, enunciadas retomando las fuentes primarias y secundarias en la perspectiva de dar cuenta de la complejidad y a la vez recoger las diversas voces de los actores.

El capítulo se ordenó así: en primer lugar, la participación ciudadana, desde la cual se presenta una visión de los procesos participación social en de la parroquia de Tumbaco, un antes y un después de la promulgación de la Ley Orgánica de participación ciudadana intentando mantener las posturas expresadas por las voces de los sujetos o actores sociales de forma tal que esto permita determinar el papel de la participación en las decisiones de la política pública, así como el grado de involucramiento de los actores sociales para la realización del derecho en la salud.

Cabe aclarar que el análisis de los resultados retoma los aportes de las entrevistas semiestructuradas y los grupos focales, lo que permitió definir el grado de participación de los actores involucrados en cada una de las categorías de análisis de esta investigación. En el Anexo 7 se describe la categorización y el producto de la codificación por familias o agrupación y la ponderación de cada una de ellas, esto permitió identificar la relevancia y los aportes que los diferentes actores hicieron a las categorías de análisis establecidas.

A través del análisis de contenido se pudo identificar en el discurso cuales y en qué medida son los aportes de los actores comunitarios, del gobierno, del ministerio y municipales, en las categorías de derecho a la salud, determinación social, participación ciudadana y políticas públicas; dichos aportes están dados gracias a los conocimientos previos, a las experiencias y vivencias de cada uno de los actores, las cuales les permiten asumir posiciones y actitudes, y suscitar pensamientos y reflexiones.

En segundo lugar, se presenta el análisis de concepción del Derecho a la salud, en relación con ciudadanía y participación. Se realiza un análisis de la construcción de salud como Derecho vinculado a la determinación social.

En tercer lugar, se realiza un análisis de las políticas públicas del sistema de salud, enfocando la política de participación ciudadana.

3.1. Análisis de la Categoría Participación Ciudadana

En relación a la categoría Participación Ciudadana en salud se presenta en primer plano lo que desde la institucionalidad se ha constituido un concepto vinculado a la norma que de manera formal plantea una relación directa entre la participación y las posibilidades de desarrollar la democracia. En tal sentido, la política de Participación Ciudadana como derecho a la salud en el Marco Constitucional vs Participación Ciudadana como derecho a la salud en el enfoque de la determinación social.

En la primera parte, se enfoca en la Constitución del Ecuador (2008), donde uno de los aspectos importantes es el fortalecimiento de la participación ciudadana, la misma que es un eje principal en el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, en donde el objetivo No. 1 es:

Consolidar el Estado democrático y la construcción del poder popular", que plantea la articulación directa de la participación con la planificación en los diferentes niveles sectoriales y locales e incluyendo a todas las instancias de gobierno, colectivos, comunidades, organizaciones e individuos (Secretaría Nacional de Planificación y desarrollo 2013a)

Luego, igualmente la Ley Orgánica de Participación Ciudadana, garantiza la creación de los Consejos Ciudadanos Sectoriales, como instancias de diálogo, deliberación y seguimiento de las políticas públicas de carácter nacional y sectorial, cuyas funciones y conformación se encuentran también detalladas en la misma ley. Todo esto ha ubicado a la participación ciudadana y control Social como un Derecho.

Con este antecedente y en cumplimiento con lo establecido en la reforma legal, el Ministerio de Salud Pública manifiesta:

En el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), y de conformidad con lo dispuesto en el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del MSP, a través de la Dirección Nacional de Participación Social en Salud (DNPSS), propone la organización y articulación de todos los espacios, gestiones y propuestas de la participación ciudadana vinculadas a la salud, tanto a nivel nacional, zonal, distrital y local (Ministerio de Salud Pública 2017a)

Teóricamente en el sistema la participación es vinculante con el derecho a la salud, y clave para el desarrollo de la política en salud, no obstante, es necesario verificar hasta donde estos planteamientos teóricos sobre el derecho a la salud y la participación son

efectivos y que tanto se reconoce y materializa desde el Estado los procesos participativos de la comunidad entorno a su propia salud y en todo aquello que desde el sentir y saber popular forma parte de hacer salud con una construcción histórica y social (Nunes 2007).

En tal sentido, se presenta la lectura que plantearon los ciudadanos a través de grupos focales en la perspectiva de realizar un contraste que permita evidenciar los alcances de la participación en este marco normativo.

Desde la visión de la ciudadanía se evidencia una postura que plantea que si bien la norma se propone fortalecer la participación esta no logra vincularse con las lógicas, racionalidades y prácticas de la comunidad en términos de viabilizar el reconocimiento de los sujetos colectivos, de los espacios propios de participación con sus dinámicas territoriales y en las formas y tiempos propios, inclusive el respeto y reconocimiento a la forma como las comunidades establecen reglas propias de juego, es decir, la institucionalidad a través de la norma rompe y fractura los procesos comunitarios y sus prácticas de participación las cuales quedan subsumidas a la lógica institucional.

En coherencia con el planteamiento anterior, el sentir de los actores del sector público, hace referencian al acercamiento hacia la comunidad como una obligatoriedad institucional de cumplimiento de indicadores.

“por parte de nosotros las directrices que nos venían desde nivel central era el de hacer las escuelas de participación ciudadana ... y nosotros tuvimos que de alguna manera ir abreviando justamente por no contar con el compromiso de la ciudadanía... E8C1

Para los actores comunitarios, hay una primera lectura: ellos han sido claros en su realidad en temas de salud, identifican sus problemas comunitarios, entienden de cierta manera la concepción de derecho a la salud, expresan su necesidad de un espacio de participación, durante la entrevista mencionan políticas de salud pública como la gratuidad de la atención médica, aseguramiento universal, atenciones prioritarias a personas menores de edad, adultos mayores, embarazadas, por ello su preocupación de la atención limitada que les oferta el Centro de Salud.

“...Si he participado anteriormente por medio del Municipio en esa época ..., hemos tenido cheques para el adulto mayor...” P2C1

“...antes del 2014, a nosotros nos capacitaban y nosotros teníamos el deber de transmitir eso a los barrios, éramos los portavoces para solicitar las brigadas de cualquier índole, brigadas para exámenes mamarios, para la vacuna de los perros, hasta para las vacas, las brigadas que venían, entonces, se tenía como una continuidad,... frecuentemente teníamos

las capacitaciones aquí en el Municipio, con el personal del Ministerio de Salud, el objetivo final era transmitir a nuestro sector lo que estábamos recibiendo” P2C1

“...la salud para toda la comunidad, la salud para toda la ciudadanía en si para el país, en el Ecuador, debería ser la salud primordial la prevención antes que la persona estese enferma, y el remedio, sea demasiado tarde, iniciar por la prevención, la salud, a todo mundo. P3C2

“Mejor atención, unos atienden con amabilidad, bien y otros no”. P3C3

“... la política debe darle, estabilidad, porque en cada política, cada cambio de gobierno, viene con su gente”. P4C3

Para los actores sociales del Estado, relatan su participación antes de la Ley Orgánica de Participación Ciudadana:

“...antes del 2014, nosotros fundamos el Consejo de Salud, en el Valle de Tumbaco, desde el 2009, por lo que antes del 2009, y luego de este durante 5 años, estuvimos trabajando en lo que era el Consejo Distrital de Salud, a través, de la convocatoria y participación de diferentes, actores, tanto públicos como privados, buscando un beneficio común que era en ese momento que era darles una mejor condición de salud para la población del valle de Tumbaco.....para esa época había poder de convocatoria con todos los actores inmersos en solucionar problemas relacionados con salud, se topaba temas como fauna urbana, problemas en adolescentes, capacidad de atención en los centros de salud del sector público, análisis de morbilidad, entre otras”. E5C1

Otra postura de la comunidad refleja, que la forma de participar antes era más autónoma, obedecía a sus necesidades y reglas propias, a maneras autónomas de organizarse, y por lo general se buscaba el bienestar; la salud era comprendida como respuesta a necesidades por su parte la participación institucional se organiza acorde con la racionalidad y comprensión de la salud como enfermedad, ordenada acorde con la lógica médica.

Se evidencia en las entrevistas la poca conexión entre la participación en salud de la comunidad y las diferentes formas de participación institucional, ésta se enfoca a que la participación responda a la racionalidad técnica de la institución y las necesidades burocráticas y a los fines de la planeación con esto los procesos participativos terminan institucionalizados y hasta cierto punto fragmentados: prima la lógica de tiempos, espacios. Establece la forma de participación; determina las formas; y genera el sujeto que participa, cómo participa, el alcance de la participación de acuerdo con los actores sociales comunitarios.

“Desde 2015 hasta la actualidad, lo que prevalece es la institución, como una potestad, ya que el municipio... no se involucraba así a fondo lo que es salud, entonces ya cada institución aparta cada cosa, entonces, ya no se concentraron en eso de salud del sector...”.
P2C1

Una tercera postura sobre la participación podría denominarse mixta en la medida en que se valora que la normatividad da soporte a los procesos de participación y da mayor peso, en tal sentido, se reconoce el espacio del GAD como lugar válido para la gestión compartida.

Los actores Sociales de los GADs establecen que sus posturas de participación como derecho, en donde su eje principal la ciudadanía es respetada, trabajan en una gestión compartida dentro de sus actividades por ende tienen sus espacios de diálogo, y que de acuerdo al COOTAD (Código Orgánico Organización Territorial Autonomía descentralizada del 2010) el Ministerio de Salud tiene la rectoría en salud, pero eso no excluye la gestión con los Gads en la planificación, construcción y mantenimiento de la infraestructura física, así como actividades de colaboración y complementariedad en los distintos niveles de gobierno. Por lo que hay actividades compartidas en donde han buscado la cooperación mutua para mejorar la calidad de vida de la población al decir de los actores sociales del GADs, hemos intervenido en la planificación del Centro de Salud de Tumbaco y seguimos trabajando en ese proyecto. Pero la apreciación de los actores comunitarios de un trabajo en conjunto no es visible.

“Para nosotros lo importante es la participación ciudadana que se da en el mejoramiento de gestión, en el diferente trabajo que se da en el centro de Salud, entonces nosotros pensamos que es importante que la comunidad se empodere de los diferentes recursos que tenemos a favor de la ciudadanía, y eso es lo que se está haciendo; es importante que la ciudadanía, sea parte de estos Proyectos, que la ciudadanía, Participe, que la ciudadanía colabore, que la ciudadanía este pendiente de cómo se lleva estos procesos porque ahora obviamente las instituciones y las autoridades, no podemos tomar decisiones desde un escritorio, sino de un conversatorio con la ciudadanía, de acuerdo a sus necesidades”.
E4C1

En cuanto a la concepción de participación para los actores comunitarios la participación ciudadana como un derecho va más allá de convocatorias para informarles decisiones ya tomadas, a las cuales ellos no dieron su opinión y que consideran repetitivas, al decir de ellos, los mecanismos democráticos de representación en las comunidades se han tornado débiles, los colectivos prefieren nombrar a sus representantes a la persona que tiene tiempo, muchos de ellos con una reducida capacidad de gestión, lo

que no les ayuda a planificar proyectos, a incidir en escenarios públicos, a transmitir sus problemas como comunidad. A esto se suma la poca credibilidad hacia las entidades del Gobierno, mismas que surgen de esta falta de reconocimiento por parte del Estado de la voz de los ciudadanos en decisiones públicas.

“...a nosotros nos capacitaban y nosotros teníamos el deber de transmitir eso a los barrios, éramos los portavoces para solicitar las brigadas de cualquier índole, brigadas para exámenes mamarios, para la vacuna de los perros, hasta para las vacas, las brigadas que venían, entonces, se tenía como una continuidad, porque, frecuentemente teníamos las capacitaciones aquí en el Municipio, con el personal del Ministerio de Salud, el objetivo final era transmitir a nuestro sector lo que estábamos recibiendo...” E3C1

“...yo creo que no se dinamizó la participación ciudadana otro de los factores fue que las personas técnicas ... que estaban trabajando la socialización de la participación ciudadana ... les hacía falta entender ... cual es la verdadera participación ciudadana para que es, como es y cómo puede trabajar conjuntamente con salud, pero creo que nos faltó esa situación ... no hubo un dinamismo de la participación ciudadana después de esta ley ...” E3C1

“la gente no se involucró totalmente y pues siempre le dejan a la persona con más ánimo sola, y termina haciendo una persona la que trabaja” E7C1

En la población de Tumbaco, dada su experiencia, la participación es vista como una forma de construir tejido social de la parroquia, con la producción y la cultura en general con las relaciones de poder que generan en su entorno de una forma integral.

Para ellos la importancia de la voz de los actores sociales, es clave es una forma de evidenciar el nivel de reconocimiento y participación se traduce en la incorporación en los temas de salud, sin embargo, esto muchas veces no es suficiente, es decir, no necesariamente las voces impactan decisiones fuertes de salud. Muchos entienden que la participación es parte de ser ciudadanos, que tienen derechos a expresar sus necesidades, sus problemas en su entorno.

“Empecemos por decirlo todo, pero aquí hay unas cosas que son importantes yo creo que el derecho a la salud es el derecho que usted tiene a protestar a hablar a decir lo que quiere y cuando usted quiere a pedir que le curen, pero lo que usted no tiene derecho es a una atención deficitaria pero no es de estructura o algo, lamentablemente es profesional, entonces aquí viene, insisto en algo la medicina privada, siempre está al quite de la Medicina Pública, y prácticamente a este tiempo desde el 2014”. E3C2

Por parte de los actores del estado del sector salud, la posición mayoritaria se expresó así:

“La ley ayudo a la sociedad en general, a que sepa que el derecho es una participación y no una dadiva o una cosa que permiten unos y otros no, sino que todo el mundo tiene derecho a participar, yo insisto el cómo participamos es lo que hay que desarrollar”. E6C3

Para los funcionarios la Ley colocó la salud como un bien para todos y la participación como un elemento fundamental conexas con la salud.

Para Fleury 1999, la participación en el proceso político es vista como un proceso de construcción de identidades colectivas, de interpelación mutua y generación de valores compartidos. Entendido esto, que los procesos políticos son procesos emancipados en donde los individuos asumen responsabilidades públicas y pasan a gozar de derechos atribuidos a ciudadanos (Fleury 1999).

Sin embargo, para los actores comunitarios la participación institucional no logra construir identidad desde los sentidos y necesidades de la comunidad, significa que la participación es instrumental, es decir, que el estado realiza estrategias centralmente para mostrar que la ciudadanía participa, lo que significa unas formas de “aparentar” que la ciudadanía participa. Desde el estado en el Manual de participación se coloca una estrategia predefinida para la implementación de la participación ciudadana, en tal sentido, los actores comunitarios consideran que los espacios de participación a los que les convoca el sector salud no funcionan adecuadamente pues no son espacios donde la ciudadanía incida o decida efectivamente, pues la participación termina restringida a reuniones informativas bajo una lógica de solicitar ayuda o apoyo de la ciudadanía en programas como las campañas de vacunación.

“lo que era promoción de la salud, se brindaba, todo el apoyo en lo que era campañas de vacunación, o campañas de prevención, en las cuales la comunidad, tenía que hacerse un poco de parte para, facilitar los traslados, las convocatorias, entonces ahí si contábamos con el apoyo de los líderes barriales”. E8C1

En cuanto al poder se evidencia en el Manual de participación Ciudadana emitido por el Ministerio de Salud, que las relaciones de poder se manejan desde el Nivel nacional en donde se promulgan todas las estrategias necesarias “para un adecuado funcionamiento de mecanismos de participación social y el ejercicio de derechos, en los diferentes niveles de gestión y atención de salud”, es decir que desde arriba se determina como se deben desarrollar los procesos, la comunidad no decide cómo se ejerce la participación y como se realiza. Los actores sociales destacan en este punto que las Escuelas de Formación Ciudadana con temas como Derechos humanos, Promoción de la Salud, MAIS, Participación ciudadana, mismas que fueron aplicadas a nivel de todas las regiones del

país de una forma homogénea. También hablan de una reestructuración de los Comités Locales de Salud, de una articulación y Fortalecimientos de clubes ya establecidos y se identifican actores sociales a nivel local para coordinar con los diferentes niveles desconcentrando la gestión, de acuerdo con unas competencias o funciones.

A nivel de Coordinación Zonal, al decir de uno de los actores sociales, la disposición era volver a organizar los comités locales de salud a más de la asesoría y fortalecimiento a los niveles distritales para el desarrollo de la participación en salud, allí se debe articular y consolidar la información a nivel zonal generada por los Comités Ciudadanos Distritales de Salud y de ser necesario con los locales. Se trabaja en las Escuelas de Formación Ciudadana a nivel Distrital, con la estrategia de los 1000 días para involucrar a la comunidad.

“.....al inicio los comités locales de salud,fue un inicio interesante ya que con ellos se trabajó un plan de acción con los primeros integrantes se trabajó un plan de acción y la hoja de ruta para trabajar conjuntamente con los equipos de salud al inicio, pero con el tiempo se pidió que se haga un monitoreo de funcionamiento de estos comités locales de salud lo que nos dio una verdad, muy interesante de que había muchos comités locales de salud que conformaban dos, tres cuatro personas y por supuesto como sucede en muchas ocasiones el que quedaba al frente era la persona que tenía más ánimo y los otros pues le dejaban a un lado. Hubo más bien con el tiempo luego la participación en dos formas uno que se incluyó a la comunidad a los comités locales de salud, por ejemplo en algunas actividades el Ministerio de Salud conjuntamente por ejemplo lo que es los 1000 días, que era una actividad comunidad para identificar por ejemplo mujeres embarazadas que no se han hecho controles o niños desnutridos menores de 2 años, se capacito a la comunidad a los comités locales de salud para identificar los factores de riesgo o signos y síntomas de alarma respecto a esto y que ellos podrían cierta forma comunicarnos si había algún caso tanto de niñas o niños o mujeres embarazadas.” E7C1

Desde esta estrategia se visualiza como la participación está supeditada a una lógica institucional vinculada a los programas y su oferta y no a propuestas que emerjan desde la comunidad, si bien en algunos casos se recoge las necesidades no se puede decir que hay procesos sostenidos en el tiempo donde la comunidad se mantenga y construya todo el proceso desde el diagnóstico, las formas de abordaje y las respuestas.

A nivel Distrital y Local de la parroquia de Tumbaco los actores sociales, están estructurados como Distrito de Salud reconocido por los GAD de la parroquia de Tumbaco de acuerdo a art. 138 del COOTAD como la Autoridad Sanitaria, tiene la Rectoría y definición de políticas públicas en salud, sin excluir la gestión concurrente con el GAD de Tumbaco en la planificación, construcción y mantenimiento de la infraestructura física, así como actividades de colaboración y complementariedad en los distintos niveles de gobierno, esta apreciación coincide con lo establecido en el Plan de

Desarrollo y ordenamiento Territorial 2015, en tanto que se mantiene una relación permanente en temas como la repotenciación del centro de Salud de Tumbaco, el cual sigue en proyecto, el apoyo logístico permanente en campañas de vacunación, campañas de promoción de la salud mediante ferias, siendo el GAD el vínculo directo con la comunidad. Es decir, el GAD logra desplegar a una lógica de participación institucional más consistente porque obedece más a un ordenamiento territorial y los temas específicos de salud avanzan si se posicionan en este espacio, pero en la lógica misma del ordenamiento en salud, esta se mantiene bajo una mirada fragmentada vinculada a la enfermedad, la atención o la prevención.

“en temas de salud hemos participado en varios Proyectos que tiene el Centro de Salud, y hemos sido participes de estos proyectos, con la comunidad, ya que nosotros somos como el vínculo directo, entre todos los niveles de gobierno con la comunidad E4C1

En todo caso la comunidad reconoce que el GAD juega un papel importante en la participación ciudadana de la parroquia, pues es la instancia de espacio de diálogo de la ciudadanía con el Estado, es reconocido por toda la población, pues genera proyectos que se elaboran y ejecutan en conversatorios permanentes con la comunidad.

En relación a la Administración Zonal de Tumbaco (Municipio), para un actor social del GAD municipal, la relación con el Ministerio de Salud Pública es permanente en el tema de Salud, pues tienen como antecedentes históricos la conformación del Consejo Zonal de Salud del Valle de Tumbaco, el cual fue precedido por ellos por algún tiempo, se trabajó temas de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención a adolescentes, atención al adulto mayor, manejo responsables de mascotas, salud sexual y reproductiva, aspectos que en los años 2015 y 2016 que se mantienen y que se ha tratado de seguir trabajando con los Directores del centro de Salud de Tumbaco, la dificultad que se presentó, fue la alta rotación del personal del sector salud, lo que dificulta su continuidad. Al decir de actor social del GAD municipal:

“Para el 2014, la legislación cambio y el liderazgo de los Consejos de Salud, paso al Ministerio de salud Pública, nosotros como Municipios adscritos a esta política, apoyamos la gestión de acuerdo a los términos que nos convoca, en funciones más bien de tipo participativo comunitario”. E5C3

En lo referente a la participación ciudadana como GAD municipal y su articulación con el Estado, el Plan decenal de Salud 2015-2015 refiere:

...la participación social, elemento clave del accionar institucional, deben considerarse tres dimensiones: (a) generación de condiciones institucionales orientadas a incorporar la participación ciudadana en los procesos y proyectos de la Secretaría de Salud, (b) fomento de la participación ciudadana para promover una cultura de corresponsabilidad, fortaleciendo los espacios de comunicación entre la Secretaría de Salud y la ciudadanía y, (c) coordinación con el sistema de participación ciudadana del MDMQ para la implementación de mecanismos conjuntos de participación social que permitan la promoción de acciones de promoción y prevención y mejorar los servicios de salud (Secretaría Metropolitana de Salud del Municipio 2015).

En esta perspectiva la participación se ve como una estrategia fundamental para la salud pública, que se expresa en la continuidad del trabajo de la promoción y la prevención de la Salud, uno de los Proyectos emblemáticos que tiene el Municipio a través de Unidad Patronato Municipal San José es el Sistema Integral del Adulto Mayor, el cual trabaja en la parroquia de Tumbaco como CEAM (Centro de Experiencia del Adulto Mayor) en donde se trabaja por el derecho a un envejecimiento feliz, saludable y productivo; proyecto en el cual se evidencia la articulación con diferentes entidades que trabajan con la población sobre todo del adulto Mayor, con la Universidad San Francisco del sector, con el Ministerio de Salud Pública en la atención médica al adulto Mayor, con clubes de diabéticos e hipertensos.

Otras competencias que se articulan con los diferentes actores sociales están estipuladas en su Plan y son el fomento de seguridad y soberanía alimentaria, gestión ambiental, prestación de servicios públicos de agua potable y saneamiento ambiental, hábitat y vivienda, entre otros.

Proyecto que promulga el objetivo primordial del GAD Municipal que es abordar de manera integral los determinantes que influyen en el estado de salud de la población, mejorando su bienestar y calidad de vida, a decir de su actor social y lo establecido en el Plan decenal de Salud 2015-2025.

Esta visión de la participación como estrategia para la salud pública mantiene una lógica de uso de la participación colaborativa que no reconoce a la ciudadanía como sujetos de derechos y ciudadanos emancipados, sujetos de poder y mantiene la figura instrumental de la ciudadanía asistida: los ciudadanos no saben y los funcionarios les deben enseñar.

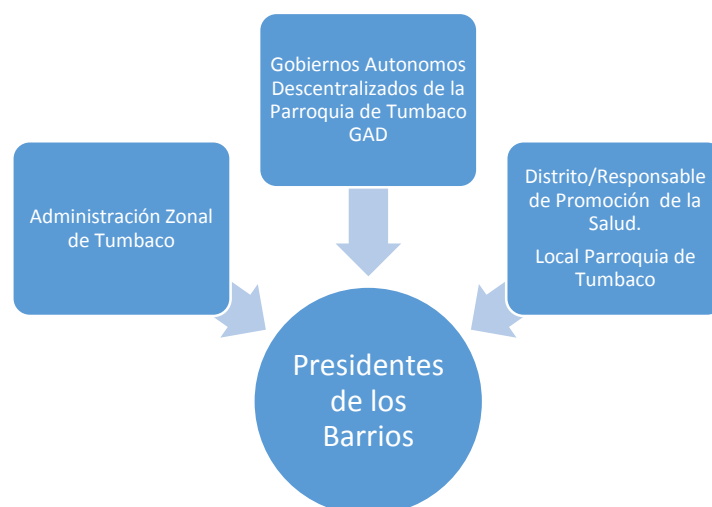
En este contexto real los actores sociales de la comunidad como representantes de barrios entrevistados manifiestan que los espacios de participación más reconocidos por ellos son en los GADs, ya que a ellos les convocan en forma frecuente a reuniones para tratar problemas en los barrios, es ahí en donde hablan de problemas de agua potable, de

tierras, de violencia en sus hogares, de inseguridades y un problema que es de todos los días la alta migración a los barrios, lo que consideran que han traído más delincuencia. Incluso son lugares donde se han capacitado en temas de autocuidado como nutrición, cuidado a adultos mayores, primeros auxilios entre otros temas. Espacio que se mantiene en la comunidad como Centro de Experiencia del adulto mayor, funciona desde el año 2016:

Este centro que es parte del Sistema Integral de Atención al adulto mayor mantiene en la zona 38 puntos 60 y Piquito. Los beneficiarios de este renovado espacio podrán participar en los talleres de: manualidades, actividad física, música, arte en madera, atención de fisioterapia, atención psicológica, servicio social, intervención cognitiva y siendo ésta una zona altamente agrícola, también se incluyó el emprendimiento de los huertos orgánicos (Unidad Patronato Municipal San José 2016).

La participación activa de este grupo de actores sociales fue permanente en aspectos sociales, económicos, políticos que incidieron en la comunidad, pues narran acerca de las campañas políticas, campañas de vacunación, hasta la construcción de carreteras. Los actores sociales comunitarios, una participación específica en salud como tal no la reconocen, como se expresan en sus entrevistas, como el ser parte de toma de decisiones sobre políticas de salud, prioridades en atención y servicios de salud, son necesidades que ellos lo identifican, pero en sus espacios de participación no lo expresan. Hacen referencia a sus diferentes etapas y lugares de participación como con los Gobiernos Autónomos Descentralizados, en las entrevistas se evidencia esta ponderación de conocimiento sobre problemas sociales, económicos y políticos de la parroquia y su nivel de participación.

Figura 2.

Lugares de participación de los actores sociales

Elaboración: Propia a partir de entrevistas actores sociales

Para la comunidad los GADs representan también el nivel más alto de poder, allí se centraliza, pues son los lugares que al momento están trabajando directamente con la comunidad, con las asociaciones, clubes pues y además son los lugares que tienen un diagnóstico Situacional de la parroquia en donde la comunidad es participe, son ellos quienes identifican problemas sociales, económicos, políticos. Se evidencia más motivación a la población por parte de estos actores sociales, mantienen una cultura de trabajo comunitario en sus planes. Y más que nada la comunidad evidencia el manejo de recursos, saben que ellos tienen los recursos para solucionarles sus problemas.

En lo referente a comités locales de salud, no identifican sus espacios de diálogo, no han participado en convocatorias, unos dicen que sí les convocaron pero que no fueron por tener otros asuntos. Pero si hay un reclamo por los servicios de salud del sector en especial por la atención en el centro de salud, es un centro de salud pequeño, no abastece todas las necesidades locales de la comunidad.

Un nivel Medio de poder de la comunidad, está en los representantes de barrios quienes cuentan con experiencia en espacios de participación, muchos de ellos comuneros del sector que mantienen todavía sus raíces, como el trabajo mediante mingas, el convocarse o auto convocarse cuando tienen problemas que resolver, pero como todos ellos su espacio de participación son los GADs en las asambleas que ellos mantienen.

Un nivel bajo de poder de la comunidad se identificó en el centro de Salud de Tumbaco, pues no se ha logrado concretar un trabajo comunitario contundente, en los comités locales de salud, no se identifica una articulación como ente rector en salud con los demás actores sociales del sector público. Las Barreras identificadas desde las voces de los actores sociales en el proceso de Participación Ciudadana como derecho a la salud, fueron la dificultad de articulación de formas y prácticas de participación con los diferentes actores sociales del estado, cada uno se enfoca en sus procesos participativos con la comunidad y no entre ellos, lo que provoca una masiva información, sumado a convocatorias de diferentes sectores, agudizando su desconfianza en el estado.

Es decir, la implementación de la estrategia de participación Ciudadana en las diferentes entidades de Gobierno sin conexión con los procesos participativos, los unos con los otros han terminado restando poder a los espacios y a las propuestas sociales y comunitarias locales en el tema de salud.

El sector privado es quien menor nivel de poder maneja en salud, al parecer no tiene una instancia de participación a pesar que uno de los actores sociales tiene un programa en una radio local, el mismo que continúa posicionándose en la comunidad

3.2. Análisis de Concepción del derecho a la Salud

La salud ha sido conectada con la ciudadanía por cuanto como derecho expresa la posibilidad de los sujetos de ser partícipes del valor social de la salud para el conjunto de la sociedad. Es decir, el derecho no solo se refiere a una construcción normativa, también corresponde a cómo las sociedades han configurado el valor de la vida y el bienestar, un elemento que muestra esto es la construcción de los procesos de seguridad social y los sistemas de salud, este vínculo parte de comprender la ciudadanía como un proceso.

El derecho a la salud ha sido un proceso de construcción social con confluencias, un espacio que dio muestra de esto es la Asamblea de salud de los pueblos. De los 80 países de todo el mundo, 1300 personas se encontraron en la segunda Asamblea de la Salud de los Pueblos en Cuenca, Ecuador del 17 al 22 de julio de 2005 para analizar los problemas de salud globales y desarrollar estrategias que promuevan la Salud para Todo/as (Movimiento por la Salud de los Pueblos 2005). La visión aprobada en esta asamblea, es la de un mundo social y económicamente más justo en que prevalezca la paz; un mundo en que todas las personas, independientemente de su condición social,

género y habilidades sean respetadas y sean capaces de exigir su derecho a la salud; y un mundo en que la gente celebre la vida, la naturaleza y la diversidad (Movimiento por la Salud de los Pueblos 2005).

Esta visión de los derechos humanos que se ha instalado como un horizonte de sentido para las sociedades al final del siglo XX se enmarca en todo el proceso de privatización de los sistemas de salud, se trata, de pasar de un modelo de salud hegemónico que ha consolidado la trayectoria neoliberal en donde se considera a la salud como un bien privado de consumo mercantilista a un modelo contrahegemónico en donde la salud sea reconocida como un bien público y un derecho con el reconocimiento de la diversidad de los pueblos, en donde exista la participación ciudadana, como una práctica que permite la construcción social de la salud.

La Concepción de Derecho a la salud, de la población de Tumbaco, que viene siendo influenciada con la lógica del Estado trae consigo grandes expectativas, que al decir de sus actores sociales comunitarios se enfocaron en el fortalecimiento e implementación de la gratuidad de los servicios, razón por la cual crece la demanda de los mismos y la dificultad del personal de salud por cumplir con esta demanda del servicio. No obstante, circula en una visión de derecho asistencial.

Todo esto, enmarcado en el contexto jurídico de garantía del Derecho a la Salud, basado en la Constitución del Ecuador, el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2009-2013, luego el Plan del Buen Vivir 2013-2017; la Agenda Social de Desarrollo Social y en acuerdos internacionales como los Objetivos del Milenio se construye el Modelo de Atención Integral Familiar, Comunitario e Intercultural de Salud (MAIS). Modelo que se enfoca más a nivel local, a las familias, comunidad en donde la participación ciudadana, sería un enfoque principal para la toma de decisiones en las necesidades de salud.

Las modificaciones que produjo la Constitución en relación con el derecho a la salud no estaban muy claras para transmitirles a la población, existían barreras de comunicación para llegar a la población, por esto se crearon espacios de dialogo en la parroquia, pero el poder de convocatoria era bajo.

A pesar de manifestar por parte actores sociales de la comunidad de Tumbaco, la dificultad de trabajar en espacios de diálogos, muchos de ellos transforman esa concepción de Derecho a la salud, como una necesidad, al decir de estos actores sociales de la comunidad, lo cual es positivo desde mi punto de vista de investigador, porque ellos están demostrando que conocen sobre sus derechos a la salud, lo que desconocen es como

pasar esa barrera a reclamar esos derechos, problema, apreciación identificada por uno de sus actores sociales del sector público hace referencia en este punto dice:

“...se ha incrementado, especialmente en el conocimiento de la gente, sobre la ley, no sé si la gente conoce, todo el tema de la ley, pero sabe que la participación es un derecho y que pueden participar, el cómo participan, creo que ahí es lo que hay que trabajar, porque de ahí la gente sabe que tiene el derecho a participar, y que tiene el derecho y la obligación de participar...” E6C2

Los actores sociales comunitarios, están tan claros en sus derechos a la salud, que hablan sobre problemas como la dificultad de acceso permanente y oportuno a los servicios de salud, por eso sus quejas de que tienen que esperar turnos, que sus atenciones médicas se derivan a meses de espera, perciben al servicio de salud, con poco personal en salud, con poca preparación del personal, desgastado, falta servicios complementarios, escasea los medicamentos.

Algunos de los actores sociales, cuentan sus experiencias en Unidades de Salud del sector, por lo que piden recibir una atención de calidad, un buen trato, identifican programas de prevención y promoción de la salud para mejorar su calidad de vida, son sus propios actores sociales quienes hablan de programas de nutrición para todos los ciclos de vida, programas de salud Mental en especial para su grupo vulnerable como son los adultos mayores al decir de uno de sus actores.

“también referente al adulto mayor, deberían recibir mayor atención que una persona joven, normal, porque el adulto mayor a veces no escucha, no alcanza a ver, está yendo despacito entonces es como que deberían atenderles mejor, de mejor manera y tenerles un poco más de paciencia sobre todo” E1C2

Otros actores sociales enfocan los derechos a la salud como necesidades:

“...que se asignen más días de atención y que no haya un solo médico para atender al adulto mayor si no que existan al menos unos dos por cada centro de Salud y se pueda brindar una mejor atención y calidad, la calidad es lo que ellos también persiguen...” E2C2

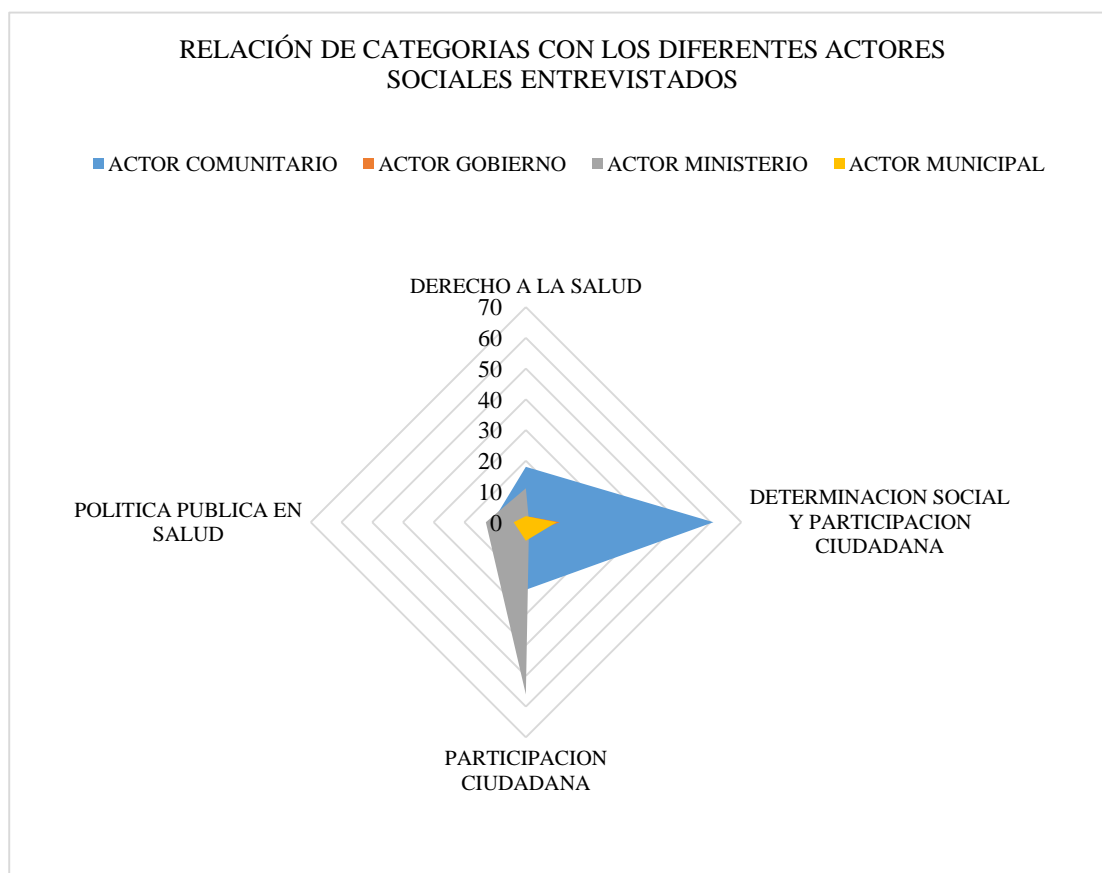
Otro lo dice en relación a los adolescentes, al trabajo que se está realizando con un grupo de ellos, cada actor social identifica su necesidad de acuerdo a su entorno, pero realmente no identifica un Comité Local de salud, como espacio de dialogo donde realmente pueda ir. Para los actores sociales la concepción del derecho a la salud se basa en general en la prestación de servicios, accesos a los mismos, calidad de atención.

En cuanto al derecho a la salud, para poder contribuir a su desarrollo, como lo manifiesta J. Breilh tiene que ir mucho más allá de la reforma de los servicios de salud (derecho individual), sino enfrentar los problemas de la comunidad, grupos sociales y ambientes (derecho colectivo). En términos jurídicos ese desafío ampliar la cobertura de la justicia sanitaria, lo que los abogados llaman la justiciabilidad (ampliar obligaciones y tutelas) y la exigibilidad (mecanismos de cumplimiento y vigencia (Breilh, J. 2012), quedan todavía en proceso de construcción.

De acuerdo con el análisis obtenido a través de atlas Ti se pudo identificar que, categorías como la participación ciudadana y la determinación social, fueron más relevantes en los actores comunitarios y en los del ministerio; como lo muestra el gráfico 9 y que por el contrario las categorías de derecho a la salud y políticas públicas presentaron menos aportes, situación que se desarrollara más adelante

Gráfico 9.

Categorías de análisis y densidad de aportes de los actores sociales



Elaboración: Propia a partir de entrevistas a actores sociales.

3.3. Análisis de la Categoría Política Pública

En el campo de la salud, se vienen manejando principios de equidad, justicia, igualdad, necesidad y libertad, mismos que van a dar lugar a distintas políticas sociales que impactan en el sector salud, no lejos de esto, para los años 2015, 2016, luego de los cambios estructurales a nivel del país, en el sector salud, también se han iniciado una nueva visión en Políticas Nacionales de Salud, con el fortalecimiento de este sector con una reestructuración profunda de la institucionalidad pública, como acceso y calidad de los servicios, y participación ciudadana enmarcados en el cumplimiento del Derecho a la salud, con la finalidad de lograr el buen vivir, Sumak Kawsay plasmados en la Constitución Política del Ecuador (2008) y en el Plan del Buen Vivir 2013-2017 (Asamblea Constituyente del Ecuador 2008; Secretaria Nacional de Planificación y desarrollo 2013a).

En las condiciones de crisis social, económica y política que viene atravesando el país, en especial el sector de salud con graves problemas como financiamiento, organización y gestión, uno de los aspectos de la reforma del Estado como estrategia de inclusión, igualdad y equidad es el fortalecimiento a la participación ciudadana y control social, mediante la cual la ciudadanía forma parte del proceso de toma de decisiones en asuntos públicos, generan aportes e inciden en políticas públicas, posicionando a la participación y al control social como un derecho. En el caso de la comunidad de Tumbaco, la participación ciudadana todavía no se ha concretado.

Otros de los primeros cambios, fue el fortalecimiento de infraestructura, equipamiento, recursos humanos, sumado a la política de gratuidad progresiva de los servicios de salud públicos, lo que genero un aumento significativo de la demanda hacia la institución.

La Política de salud, se direcciona en esta etapa a cambios en la estructura de gestión con el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional, iniciando una reingeniería de la estructura a nivel Nacional, Zonal y Distrital enmarcados en la Reforma Democrática del Estado, proceso que tiene como objetivo mejorar la eficiencia, transparencia, y calidad de los servicios a la ciudadanía; el sector salud entra en la alta desconcentración y baja descentralización, lo que implica fortalecimiento de los procesos de salud en sus niveles desconcentrados, mejorando la capacidad resolutive de los territorios y la baja descentralización al traspaso de competencias a los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD).

Como parte de esta reestructuración para una mejor gestión en la distribución de los recursos se organiza la base territorial en Zonas, Distritos y circuitos, de acuerdo a la nueva estructura de gestión del Estado, lo cual va a facilitar la articulación intersectorial y la intervención del sector social. A esto se suma la Ley orgánica de participación ciudadana, la poca población que acudía a los comités locales de salud, comenzaron a interesarse en el tema derechos en la salud, participación ciudadana y veedurías. Al decir de los actores sociales del estado, se entendió mal lo de las veedurías:

“la gente que hacia veeduría creía que estaba haciendo de agentes vigilantes del personal de salud y claro obviamente se dieron algunas situaciones como roces, la gente gritaba, exigía al personal de salud, pero en un mal sentido”. E7C2

Otro punto importante se fortalece a la red Pública y Complementaria que se encontraba fragmentada. Al mismo tiempo se fortalece la capacidad resolutive del primero, segundo y tercer nivel de atención, reorientando los servicios hacia la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, fortalecer el proceso de recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad, respetando a las personas en su diversidad y su entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales. Lógica institucional que, en la comunidad de Tumbaco, no estuvo socializada, y causo problemas propios de la comunidad cuando no son participes:

“Yo no estoy de acuerdo todo eso de que nos pongan como condiciones las cosas de zonificación porque no se sabe a uno donde le coge un accidente, una desgracia, una enfermedad” E5C4

Con estos cambios se pretende pasar de Políticas Neoliberales en donde se manejaba autogestión, recuperación de costos, aseguramiento focalizado, privatización a políticas enmarcadas en la nueva constitución, plan del buen vivir y Objetivos del Desarrollo de Milenio, en donde el reto es trabajar en cambios transicionales de perfiles demográficos, epidemiológicos, determinantes de la salud, incremento de la esperanza de vida.

Con todo esto, se trata de disminuir brechas de inequidad e desigualdad, se supone que idealmente todos deben tener una oportunidad justa en condiciones de salud; la ciudadanía tendrá más acceso y calidad a servicios de salud.

Otro eje estratégico dentro de las políticas públicas es el Modelo de Atención Integral de salud Familiar, Comunitario e Intercultural, bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de salud Renovada cuyo propósito es transformar el enfoque médico biológico, hacia un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar, comunitaria como un derecho humano (Ministerio de Salud Pública 2012). La misma que es más institucionalizada, los actores comunitarios no la perciben y los actores sociales del estado creen que falta trabajar más:

“...yo creo que teóricamente se ha avanzado muchísimo, muchísimo, en el tema de prevenir y el tema de promoción y el de curar, pero todavía tenemos un enfoque mucho más curativo en el tema de salud, tal vez son las condiciones de salud en el país, pero todavía prevalece un aporte curativo, antes del tema de promoción y prevención, peor el de participación...” E6C3

Por otro lado, los actores sociales del GAD, lo perciben como una práctica en proceso:

“...la Misión de atención en salud, si creo que ha ido mejorando, porque tenemos una misión más amplia de lo que es el servicio de salud, ya no es la atención médica o clínica de enfermedades, sino también la proposición de grupos vulnerables como los adolescentes que se está trabajando en la Plena y en el Centro de Salud de Tumbaco, o en la incorporación de atención psicológica en toda el área del Ministerio, en ese caso Yaruqui, entonces yo le veo que efectivamente se está dando una atención más integral de lo que comenzamos hacer unos años, por lo que considero que si se dieron cambios favorables para esos años...” E5C3

Dentro de este proceso socio histórico de la política de participación ciudadana en el sector salud se escribe que para los años 2002, como parte de la participación se contaba con los “Congresos por la Salud y la Vida” (COSAVI) en los que a nivel nacional se debatía política pública y propuestas en Salud desde el 2002. El último COSAVI se realizó en el 2009 y para el 2015 el CONASA- ente que lo promovía- se encuentra en disolución para esa fecha; para dar paso a la rectoría del Ministerio de Salud Pública en la elaboración de la política pública centralizada. Con esto, se quiere visualizar durante todos estos periodos que cada vez la participación se va organizando en la lógica institucional y reconoce cada vez menos las dinámicas y prácticas sociales y comunitarias, es decir se viene dando una estatización de la participación.

Otro punto a tratarse que también se problematizaba era la Práctica sanitaria, el decreto Ejecutivo No. 491 estrategia nacional Intersectorial de Planificación Familiar y prevención del Embarazo adolescente (ENIPLA)(Ecuador. Corte Constitucional 2014); la ruptura de la institucionalidad y las Políticas Públicas establecidas en el Plan Nacional

del Buen Vivir 2013-2017; el TLC y su relación con los determinantes sociales; reformas del código de trabajo y la Ley de Seguridad Social; estrategias para reducir la mortalidad materna; acciones de organizaciones sociales en defensa del derecho a la salud y la seguridad social; realidad sobre trasplantes en el país.

Para el año 2015, al organizar el Consejo Ciudadano Sectorial de Salud (CCSS), se produce un sisma de carácter administrativo entre el (CCSS) y en Ministerio de Salud Pública, en donde no se logra aprobar el POA 2015; se nombra una coordinadora por parte del Ministerio de salud Pública para CCSS, cuando su reglamento aún no está vigente, los espacios de participación ciudadana se tornan restringidos para todo el colectivo, las organizaciones populares, y sociedad civil en si reclaman este espacio de participación, en donde sus actores manifiestan y mediante Carta Pública (El Ecuatoriano Diario Digital 2015) lo que produce un retroceso en la organización de los espacios de participación a nivel de todos los sectores, esto causo un retroceso en conformación de comités locales de salud al decir de los actores sociales del estado.

Ante este problema, con el Acuerdo Ministerial No. 0000016 publicado en el Registro Oficial No. 697 de 23 de febrero de 2016, el Ministerio de Salud Pública, reestructuró el Consejo Ciudadano Sectorial de Salud (CCSS) (Ecuador. Corte Constitucional 2016) conformado mediante Acuerdo Ministerial No.00004892 publicado en el Registro Oficial No. 279 de 1 de julio de 2014, reformado mediante Acuerdo Ministerial No. 00005253 de 4 de mayo de 2015, como una instancia de participación social organizada con actores que tengan interés y afinidad respecto de la temática de salud; teniendo por objeto el diálogo, la deliberación y el seguimiento de los lineamientos de las políticas públicas en salud, el cual se desempeñará como una red de participación de la sociedad civil articulada al Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud Pública 2017a). Esto, constituye una fragmentación por temas de interés acorde con la lógica institucional y las formas y prácticas de participación van a limitarse al colectivo en general. Con esto, se quiere visualizar durante todos estos periodos que cada vez la participación se va organizando en la lógica institucional y reconoce cada vez menos las dinámicas y prácticas sociales y comunitarias, es decir se viene dando una estatización de la participación

Como parte de este Proceso del Estado, de fortalecer la garantía del derecho a la participación ciudadana desde el sector salud, y de su reafirmación como ente rector en Salud, en donde motiva a la ciudadanía a tener voz que aportara en promoción de la salud, además de vincular a la ciudadanía en seguimiento de políticas públicas, dando un

enfoque de inclusión en temas de salud, se establecen las escuelas de formación ciudadana con el objetivo de llegar a otras instancias del sector, al decir de sus actores sociales del Estado, se ofertaba capacitaciones a organizaciones ya establecidas en la comunidad y/o actores sociales de otras instituciones, actividad utilizada como una herramienta de conocimiento y socialización que le permite actuar a las personas en territorio, partiendo de su entorno, práctica que no progresa por barreras como problemas de convocatoria pues la asistencia era muy baja o nula.

Todos los actores sociales de la población de Tumbaco, visualizaron cambios a nivel de país como repotenciación de hospitales y centros de salud grandes, recibieron la información sobre la gratuidad de los servicios, y el mejoramiento en la accesibilidad y calidad de los mismos; sin embargo, al preguntarles en su parroquia en donde ellos conviven todos los días, no se encontraron estos cambios, pues hay dificultad para acceder a los servicios de salud, se valora a la política pública como negativa:

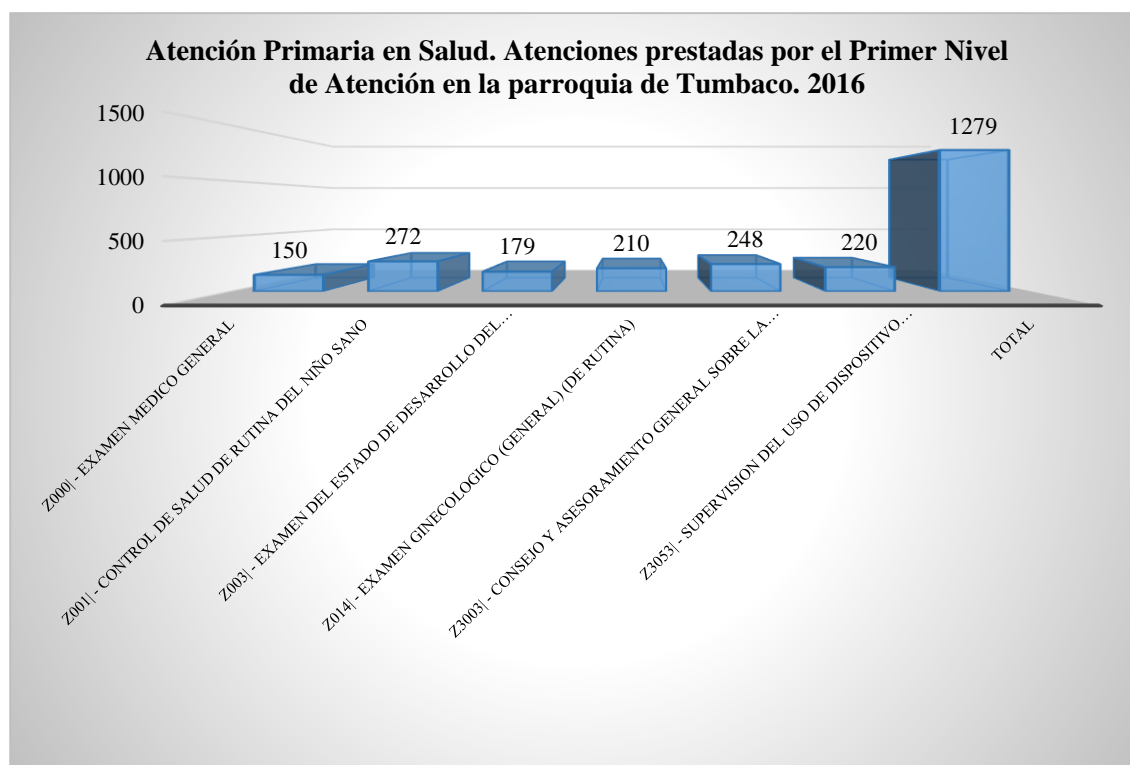
“...a partir de la participación política...hubo una cantidad inmensa de cambios irremediables, que si se pueden decir independientemente de cómo, hay que establecer que hubo cambios y hubieron cambios obviamente dentro de la política también de salud en el sentido de que mal o bien de equipar algo, lo que conlleva a mejorar algo la calidad del servicio, pero no la calidad de la atención que es distinto, usted puede tener los mejores equipos y todo lo demás, pero si la atención es deficitaria...2014 al 2016, por ejemplo se repotenciaron los centros de salud, se repotenciaron hospitales y se manejó la situación, porque ejemplo de medicina gratuita...les andaban buscando a los discapacitados por todo lado eso para mí fue gratificante porque por lo menos les están dando medicación a pacientes hipertensos...” E3C3

Las políticas públicas como el reposicionamiento de la Atención primaria en salud (APS-R) como eje articulador del Sistema nacional de Salud, reorientando el Modelo de Atención (MAIS –FC) y Gestión del Sistema de salud en función de alcanzar la integralidad, calidad, equidad, tendiente a obtener resultados de impacto social que respondan a los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, para los años 2015 - 2016; dentro de esta lógica institucional se trabajan una serie de directrices para el cumplimiento de esta estrategia, la misma que es identificada por algunos actores sociales comunitarios.

Como parte de este proceso de la política de gratuidad de los servicios de salud, dentro de este periodo la demanda de atención médica aumenta en el centro médico, la consulta externa esta abarrotada, acuden grupos prioritarios para chequeos médicos por embarazo y cuando las brigadas médicas realizan atención extramural lo ejecutan a nivel de grupos cautivos de guarderías y escuelas del sector. Gráfico 10.

Gráfico 10.

Atención primaria en salud. Atenciones prestadas por el primer nivel de atención en la parroquia de Tumbaco 2016



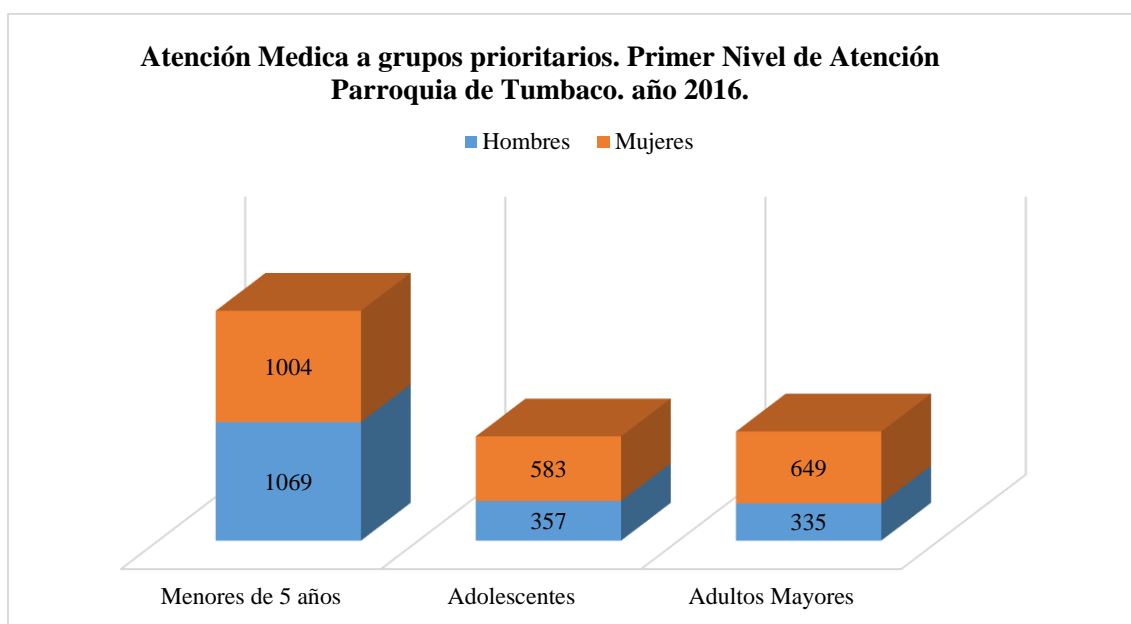
Elaboración: Propia a partir de Información estadística y geográfica de salud. (Ministerio de Salud Pública 2016a)

De acuerdo al MAIS-FC, la atención es por ciclo de vida, se establece en todos los servicios de salud del país, para los años 2014 en relación a la población de Tumbaco su reto es una población en edad productiva de 20 a 64 años, misma que aumenta cada año por la alta migración que está caracterizando a la parroquia de Tumbaco, brecha poblacional que supera año tras año. Esta atención se continúa con el mismo número de personal del Centro de Salud. Efecto que se evidenció por la comunidad, los mismos que hacen referencia a este punto, indicando que el Centro de Salud no abastece la demanda de la población (INEC 2016b).

La Constitución política de 2008 y las políticas públicas, además de priorizar grupos en condiciones específicas de riesgo laboral, ambiental y social, visualizan a los menores de 5 años como el grupo de mayor atención en relación a adolescentes y adultos mayores, mismos que también son parte de los registros.

Gráfico 11.

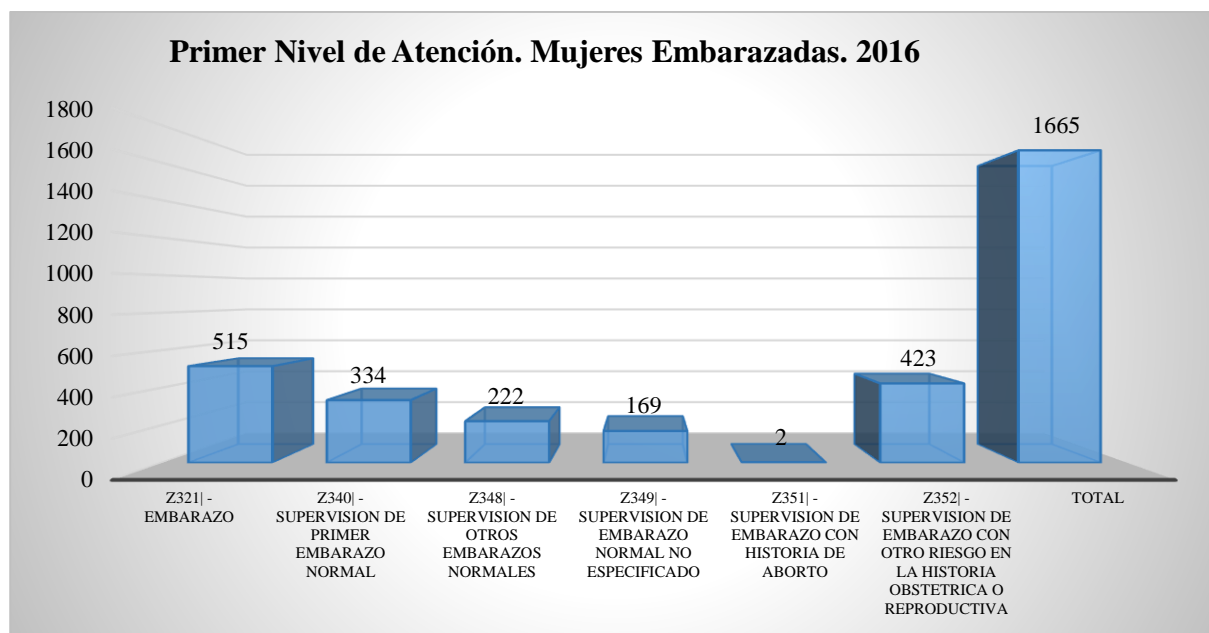
Atención médica a grupos prioritarios, primer nivel de atención parroquia Tumbaco, 2016



Elaboración: Propia a partir de Información estadística y geográfica de salud. (Ministerio de Salud Pública 2016a)

A pesar de las dificultades presentadas por la limitación al acceso a los servicios, dadas por el aumento en la demanda del servicio y el poco personal de salud, en el centro de Salud de Tumbaco, la oferta de servicio se mantiene, y actualmente las políticas se enfocan en grupos prioritarios de embarazadas.

Gráfico 12.

Primer nivel de atención, mujeres embarazadas, 2016

Elaboración: Propia a partir de Información estadística y geográfica de salud.

(Ministerio de Salud Pública 2016a)

Se complementaron con políticas de atención prioritaria y especializada, su compromiso es trabajar con grupos de riesgo, situaciones de violencia doméstica, maltrato, atenciones de estricto cumplimiento por parte del Centro de salud.

Tabla 10.

Atención de grupos de riesgo, situaciones de violencia doméstica, maltrato.**Parroquia de Tumbaco 2016.**

GRUPO PRIORITARIO 1		GRUPO PRIORITARIO 2	
1 - embarazadas	1939	13 - planificación familiar	4
10 - víctimas de violencia sexual	3	3 - personas por desastres naturales	1
13 - planificación familiar	1439	8 - víctimas de violencia física	1
2 - personas con discapacidad	465		6
3 - personas por desastres naturales	3		
5 - enfermedades catastróficas y raras	1		
8 - víctimas de violencia física	1		
TOTAL	3851		

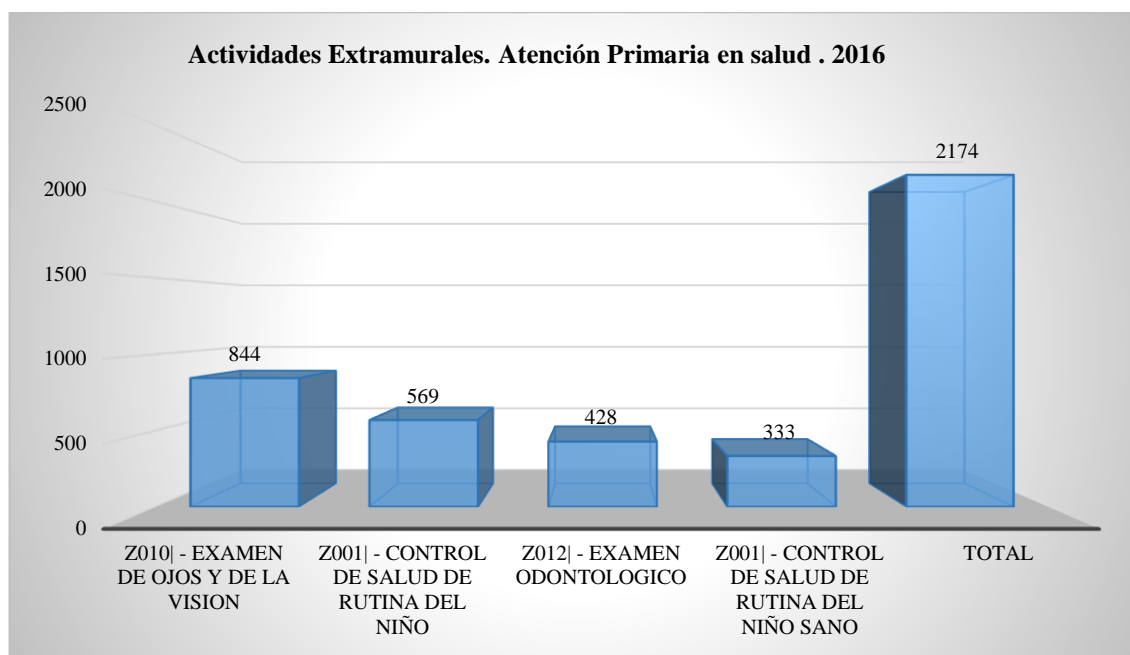
Elaboración: Propia a partir de Información estadística y geográfica de salud.

(Ministerio de Salud Pública 2016a)

Los Escenarios de atención fueron individuales, familiares, comunitarios en muchos casos, para lo cual se realizan actividades en establecimientos educativos, ferias de la salud y Centros de desarrollo infantil.

Gráfico 13.

Actividades Extramurales. Atención primaria en salud, 2016

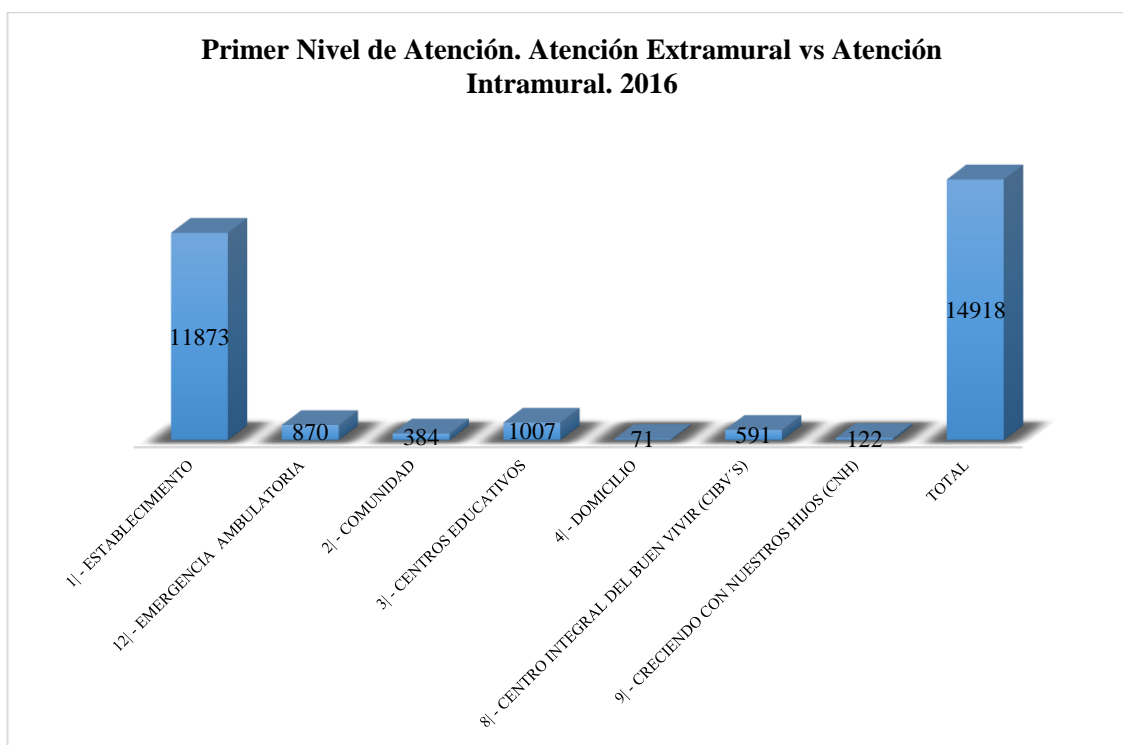


Elaboración: Propia a partir de Información estadística y geográfica de salud. (Ministerio de Salud Pública 2016a)

En relación a los lugares donde se da atención son extramurales e intramurales, la mayor parte se han dado en el Centro de Salud, se sigue manteniendo el enfoque curativo, mismos que se dan por temas como la falta de personal, al decir de sus actores sociales del Estado; para este periodo todavía se mantienen a los profesionales en el centro de Salud y no en la comunidad y en el tema de participación ciudadana todavía no se visualiza.

La ley Orgánica de Participación Ciudadana, ayudo a que la Sociedad en general, tenga conocimiento sobre el derecho a la participación, al decir de los actores sociales. Dentro de su apreciación como Estrategias de Atención primaria en Salud, consideran que el Ministerio de Salud Pública continúa trabajando en el tema de prevención y promoción de la salud, pero todavía mantienen el enfoque curativo, todavía ven a los profesionales de la salud en los Centros de salud, y no en la comunidad.

Gráfico 14.
Primer nivel de atención. Atención Extramural vs Atención intramural, 2016



Elaboración: Propia a partir de Información estadística y geográfica de salud.
 (Ministerio de Salud Pública 2016a)

Desde las voces de los actores sociales del estado, ven como un efecto positivo la Ley Orgánica de Participación Ciudadana y narran la restructuración del Consejo Sectorial de Salud, en donde considera que hubo gran interés en el trabajo con todos los sectores involucrados, a ese nivel se dieron seguimiento a políticas públicas, en cambio a nivel local la realidad fue diferente a:

“...donde sí hubo un interés especial, fue el tema del Consejo Sectorial de Salud, porque se restructuro, se fortaleció bien el Consejo Sectorial de Salud, tuvimos nueve asambleas y en todas las asambleas fuimos tratando, bueno se planteó un plan precisamente con el Consejo, un Plan de Fortalecimiento del Consejo Sectorial de Salud y en cada uno de los encuentros que tuvimos con el Consejo se planteó el tema de capacitación y el seguimiento a una política de salud, a una política pública de Salud, precisamente nació mucho de la inquietud y yo creo que también de los problemas...” E5C3

A nivel local, en la parroquia de Tumbaco esta política pública de participación ciudadana no se evidencia, muchos actores sociales del Estado, reconocen que falta

trabajo en temas de promoción de la salud, otros dicen que necesitan más trabajo entre el Estado y la ciudadanía.

Otro de los objetivos a nivel país que se trabaja arduamente a nivel intersectorial es la desnutrición infantil para combatirla con participación ciudadana, siendo esto parte de la política social, así se establece en el Plan del Buen vivir del 2013 al 2017.

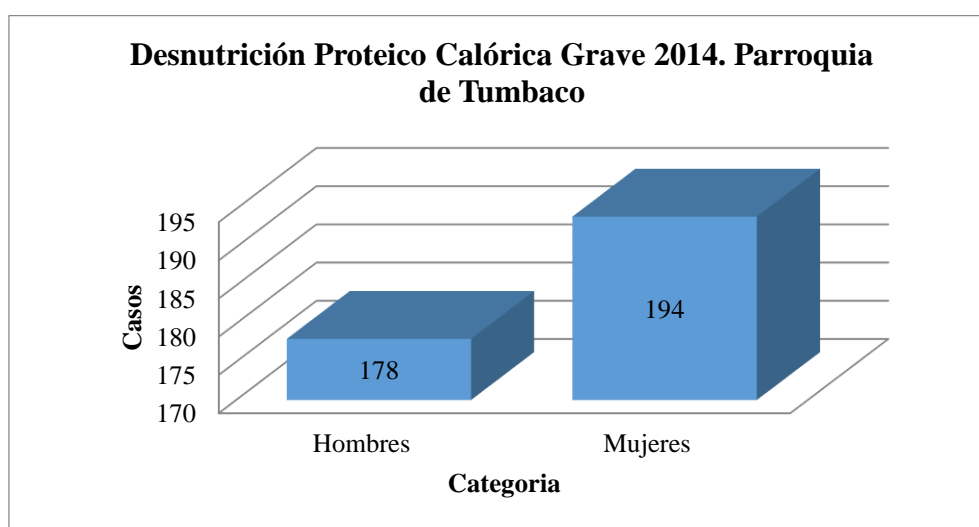
La desnutrición infantil que hoy afecta uno de cuatro niños menores de 5 años, y causa una reducción irreversible en su rendimiento escolar y en su futuro rendimiento laboral, puede bajar sustancialmente mediante un conjunto integrado de políticas de fortificación y suplementación alimentaria, capacitación y sobre todo impulso a la soberanía alimentaria en los lugares de la sierra, donde el problema alcanza mayor intensidad. Como meta reducir su prevalencia un 40% hasta el año 2030, prestando especial atención a la población indígena serrana (Secretaría Nacional de Planificación y desarrollo 2013a).

Siendo partícipes de este Plan para los años 2014, 2015, 2016, se realiza una serie de programas enfocados con este objetivo; desde 2013 con el Plan Desnutrición cero que fue intersectorial, luego la estrategia de los 1000 días, en donde se trata de involucrar a los comités locales de salud de cada distrito, actividad que a nivel de la parroquia de Tumbaco fue muy poca al decir de su actor social del Estado.

Lo que si se puede evidenciar son los indicadores de morbilidad de esos años de la parroquia de Tumbaco, nos presenta cifras de desnutrición Proteico Calórica, mismas que van de leve a grave en los diferentes años registrado.

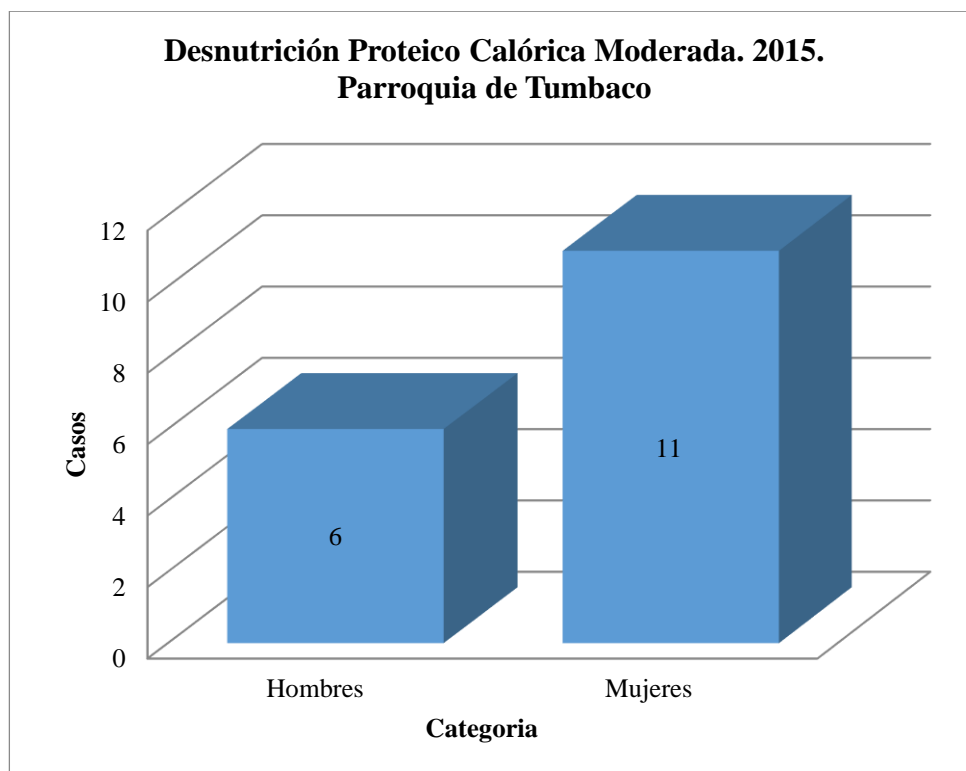
Gráfico 15.

Registro de casos de desnutrición en la parroquia de Tumbaco, años 2014 a 2016



Elaboración: Propia a partir de Información estadística y geográfica de salud. (Ministerio de Salud Pública 2016a)

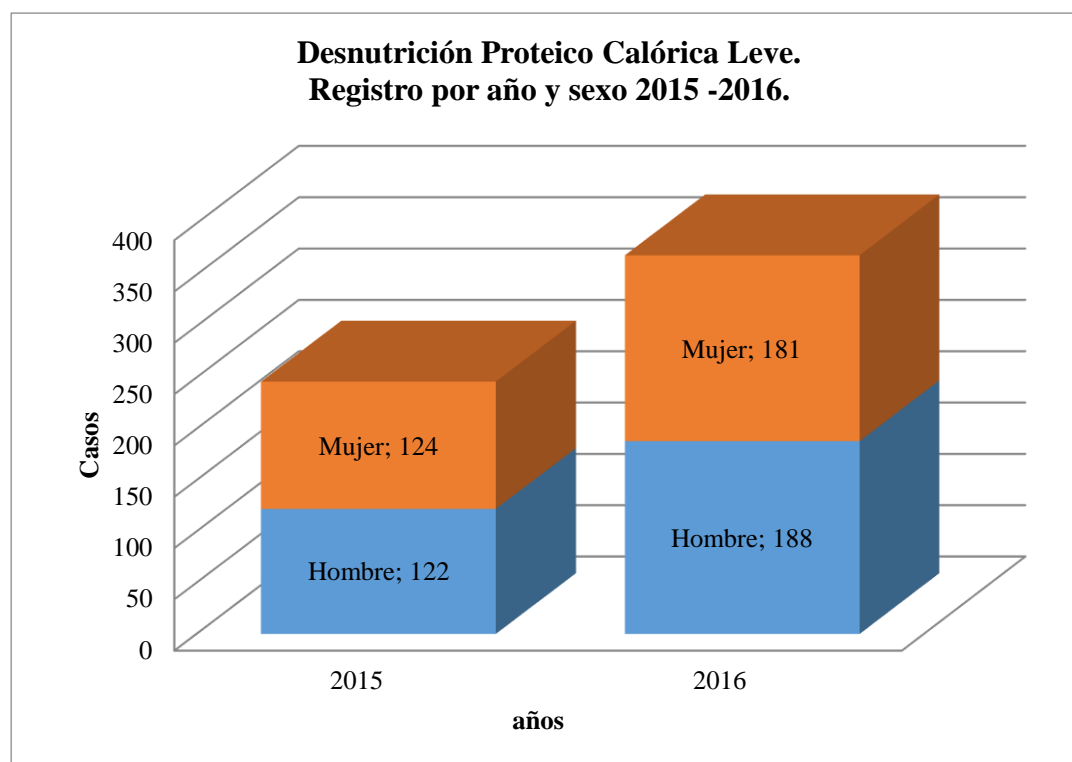
Gráfico 16.
Registro de casos de desnutrición en la parroquia de Tumbaco, años 2015



Elaboración: Propia a partir de Información estadística y geográfica de salud. (Ministerio de Salud Pública 2016a)

En este eje de participación ciudadana, durante este periodo al decir desde los funcionarios del Ministerio de Salud, se implementaron estrategias de promoción de la salud, con el objetivo de buscarla participación de la población; hacen referencia al Plan de los 1000 días, un trabajo enfocado en menores de 2 años y embarazadas, con problemas de desnutrición. El mismo que generó problemas de información con la población y no se logró una participación activa.

Gráfico 17.

Registro de casos de desnutrición en la parroquia de Tumbaco, años 2014 a 2016

Elaboración: Propia a partir de Información estadística y geográfica de salud. (Ministerio de Salud Pública 2016a)

Las Campañas de vacunación, son uno de los programas de prevención que todos los actores sociales identifican, y en el cual han participado, pero al igual que lo anterior no están bien informados y al parecer se sienten participes de alguna forma, unos reciben el servicio, otros colaboran con la logística, otros reciben información de los lugares donde deben ir a vacunarse. Es decir, que se mantiene una lógica fragmentada, que no reconoce las prácticas comunitarias ni sus lógicas, por ende, sigue viendo a la ciudadanía como beneficiarios de los servicios y no como sujetos de derecho.

Algunos actores reconocen la gratuidad de la medicación, pero no saben porque escasea a veces, y se presentan quejas.

Consideran que la nueva distribución territorial por circuitos y distritos no es lo adecuado, que no mejora localidad del servicio, y que han encontrado dificultades. Es una valoración negativa de las políticas de salud porque perciben que ha limitado el acceso a los servicios de salud:

“lamentablemente, así se está viendo, por ejemplo eso que le digo que ha zonificado, para mí no me gusto para nadita, porque, si alguien está enfermo de gravedad en Quito, se va

a un hospital público que está cerca, por ejemplo, el Baca Ortiz, si es niño, se va al Eugenio Espejo, que no, porque no tienen la orden de donde viven, del sector, de la zona, eso para mí, muy mal, mal, mal, y de aquí, si se va directo a Yaruqui, primero la orden de donde vive, del Subcentro de Salud de Tumbaco, y de ahí si donde vive, mandan a Yaruqui”. P2C3.

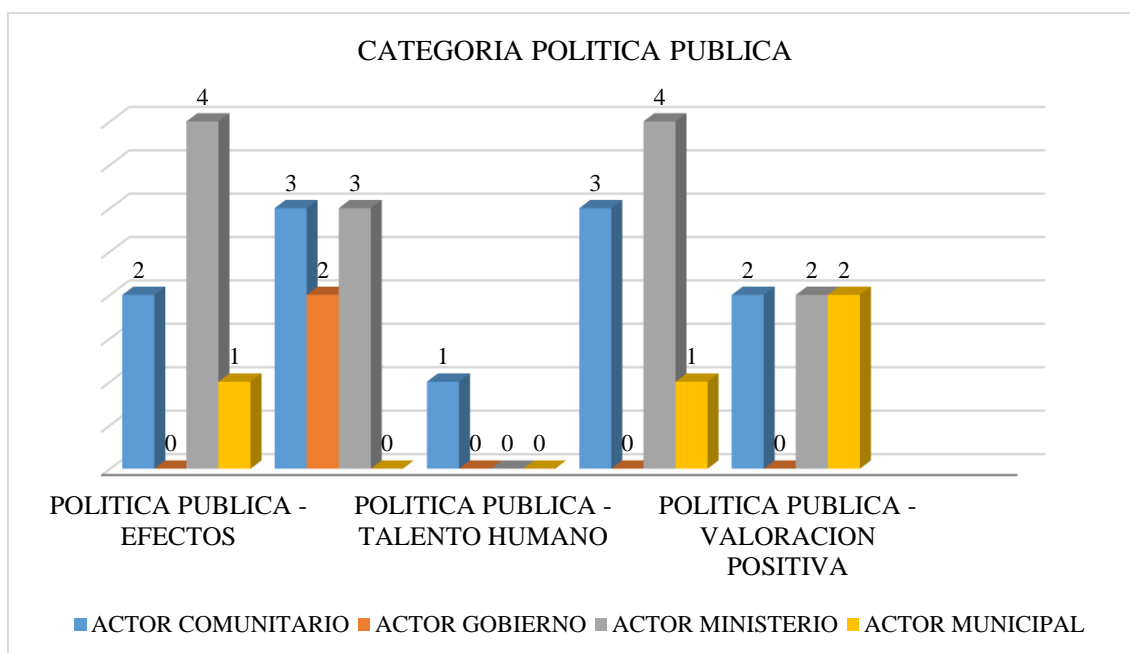
Esto muestra como el territorio no corresponde a la lógica comunitaria sino a una mirada institucional de oferta de servicios.

A pesar de muchas quejas con el sistema de salud, siguen siendo parte del mismo y siguen siendo participes en forma directa e indirecta, pero continúan sin encontrar el espacio de dialogo en donde plasmar estas necesidades.

De acuerdo con el análisis realizado en Atlas ti, los resultados en la categoría políticas pública, los actores sociales identifican diferentes aspectos, para algunos actores sociales del Estado, las políticas las ven como estrategias con efectos positivos en la ciudadanía como el cumplir con el derecho a la salud mediante la participación ciudadana; sin embargo, para los actores sociales comunitarios perciben las políticas públicas como problemas, incluso un actor social del Estado plantea redireccionar las políticas a mejorar el estilo de vida mediante el fortalecimiento de la Promoción y prevención en salud.

“...estamos a tiempo más bien para redireccionar estas políticas, estas intervenciones, las estrategias y poder llegar a lo que se plantearon, mejorar el estilo de vida, mejorar la salud, pero fortalecer más que todo la promoción de la salud para llegar a esto, y habría que hacerle caso a la promoción de la salud, porque actualmente más se piensa en la enfermedad, ...no se piensa que debe también atenderse a las personas sanas y mantenerse sanas y trabajar en ese sentido...”. E7C1

Gráfico 18.

Categoría Política pública

Elaboración: Propia a partir de la Codificación de entrevistas

Sumado a lo anterior se evidencia una debilidad de la cultura democrática, los actores sociales de la parroquia tienen intereses particulares, muchos pertenecen a instituciones públicas y conceptualizan la política social como un proceso institucional es decir del Estado, en el cual tiene lugar la toma de decisiones basado en un contenido técnico y lo ideal es cumplir con disposiciones; dejan de lado los problemas reales de la comunidad, se apartan del proceso político de participación ciudadana, dificultando la comprensión de la articulación entre Estado y sociedad.

Otra barrera identificada por todos los actores sociales, luego de la reestructuración del Ministerio de Salud Pública y la Ley Orgánica de Participación Ciudadana, fue el posicionamiento de la Salud como un servicio público, que el Estado debe proporcionar a la comunidad, por ende la comunidad sabe que cuando se enferma debe acudir al Centro de Salud para recibir atención médica, con el antecedente de que no va ser de calidad porque identifican el tiempo de espera, por el trato, por la falta de medicinas y la posibilidad de ser referidos a otro nivel de atención. La información de la nueva reestructuración no llegó a la comunidad, ni a todos los actores sociales.

Muchas de las políticas de salud pública luego de la repotenciación de los servicios de salud entre ellos la gratuidad fue aceptada e implementada en la población,

pero no lograron madurar como proceso, pues al inicio se mantuvo la gratuidad, luego comenzó a escasear los insumos, los medicamentos, el personal no fue suficiente, problemas que no fueron revisados a nivel de Comités locales de salud.

Para estos años de intentar dar paso a una concepción integral de la salud –que corresponda a la lógica de los pueblos y del bien común-, como parte básica del derecho a la salud. Dentro de esta política de salud de participación ciudadana, en la parroquia de Tumbaco durante su implementación no se evidencia la conquista social de nuevos modos y estilos de vida en espacios saludables de trabajo, de la vida en barrios y domicilios, en mercados con productos seguros, en espacios deportivos no alienantes y bajo formas saludables de vivir con la naturaleza. En resumen, no se evidencia vivir en todos los espacios en condiciones de dignidad, bioseguridad y perfeccionamiento humano.

Conclusiones y Aprendizajes

En esta investigación se realiza el análisis del alcance de la participación ciudadana como derecho vinculado al derecho a la salud en la parroquia de Tumbaco en los años 2015 al 2016, en tal sentido presentó las conclusiones en función del alcance tomando como referente las preguntas planteadas al respecto:

a. ¿Cómo era la participación antes de la promulgación de la Ley? La participación en Tumbaco se modificó a la luz de la Constitución y de la Ley de Participación a partir de la configuración de espacios para la concertación. La institucionalidad de la participación ha producido un posicionamiento en la visión formal del derecho y en la configuración de estructuras para tal fin. No obstante, dicha formalización trae consigo un tipo de instrumentalización en cuanto la participación es predefinida desde la institucionalidad al decir quién es el sujeto que participa, como participa y hasta donde participa. Es un desafío para la comunidad y la ciudadanía apropiarse de estas instancias de participación y convertir esos espacios en lugares de poder efectivo que respondan a los intereses colectivos en función del derecho a la salud.

b. ¿cómo fue la interacción de la comunidad en todos los niveles de gestión del Ministerio de Salud Pública?

El proceso de interacción entre la ciudadanía y el estado ha aumentado en la medida en que se abrieron espacios, no obstante, la lógica de la participación se mantiene subsumida a la institucionalidad, sus intereses y necesidades en función de los programas y su validación como mecanismo de legitimación de los mismos. Con la Políticas instituye las formas de interacción, se normatizan y normalizan.

c. ¿Qué efectos tuvo en la participación ciudadana su institucionalización?

Como se presentó hay tres posturas: i) la formalización de la participación debilitó y fragmentó la participación comunitaria (colectiva) y posicionó una participación individual, medicalizada centrada en la enfermedad; ii) la formalización ha posicionado el derecho y con esto ha dado paso a una transición donde la ciudadanía avanza hacia un empoderamiento iii) la formalización ha creado y abierto espacios múltiples donde la ciudadanía asume un papel de interlocutora del estado a pesar de que aún no logre afectar las decisiones públicas.

d. ¿Qué pasó con las condiciones de vida antes y después de la ley?

Las condiciones de vida de la parroquia de Tumbaco no pueden ser visualizadas como tal, antes y después de la Ley orgánica de participación ciudadana, pues todavía no ha sido implementada por parte del Estado del sector salud, al momento se encuentran en proceso.

e. ¿Se puede ver los efectos de la ley de participación en decisiones concretas para mejorar la calidad de vida de la gente?

La Participación Ciudadana promulgada en la Ley Orgánica de participación Ciudadana e implementada como política social, misma que fue delimitada a nivel de estado y establecida en la Constitución del 2008 como un derecho. Como política social, tiene una dimensión valorativa fundada en un consenso social que permite tomar decisiones. Adicionalmente es importante mencionar que para que se den estos procesos de participación en donde hay actores sociales con experiencias históricas en el tema, es necesario la identificación de realidades, volver a identificar requerimientos e intereses de los grupos sectoriales.

Antes de emitir un criterio en este punto, se debe recordar que la política social en cada sociedad genera los consensos que dan fundamento a las decisiones políticas orientadas por valores compartidos. Lo que establece desigualdades que se consideran tolerables, lo que se entiende por igualdad misma, y se define en qué circunstancias y con relación a qué grupos la sociedad debe ser solidaria y cuáles son los niveles de sacrificio colectivo deseables para la promoción social.

Por supuesto, el grado de consenso alcanzado con relación a valores que definen los principios de justicia y orientan decisiones políticas es crucial para definir la sostenibilidad e incluso la eficacia de las políticas sociales.

Se destacan muchas experiencias de dialogo en espacios definidos, que se dieron fue a nivel de gobiernos autónomos descentralizados mediante diagnósticos y programaciones participativas. Las veedurías y control social, quedaron como compromisos de muy pocas personas poco a nada comprometidas con el tema de salud. A pesar de estos antecedentes participativos, no existen las condiciones organizativas y administrativas del sector salud para generar una democracia participativa que establezca equidad entre Estado y una sociedad organizada que permita participar en el proceso de toma de decisiones de aspectos administrativos y de gestión de sistemas de salud.

Lo que se evidencia desde las voces de los actores sociales de la parroquia de Tumbaco, en el tema de salud se puede decir, que la participación en los procesos de

planificación y en la construcción de política pública en salud no fueron los esperados. Las expectativas fueron muchas, tomando en cuenta las experiencias pasadas de participación que venían llevando la comunidad de Tumbaco, la realidad es que, por parte de los actores sociales del sector público, esta política se institucionalizó, en todo el proceso de implementación, no se reconoce la intersectorialidad de los problemas sociales, que se presentaron en la parroquia.

Ante lo expuesto en relación al alcance de la participación ciudadana como derecho a la salud, se evidencia limitados mecanismos institucionalizados por parte del Estado, mismos que no van a facilitar la incorporación de los ciudadanos a los procesos de comprensión de la situación de salud, identificación de problemas, y priorización de los mismos que permitan ser los portavoces para el diseño, implementación y control de políticas públicas.

Por lo que, es importante que se genere estrategias que permitan mayor reconocimiento de las lógicas comunitarias, sus prácticas incluidas expresamente las ancestrales y todos los procesos propios de forma tal que la institucionalidad aporte para impulsar estos ejercicios y los articule a sus propias lógicas y no al revés, es decir, que el estado comprenda que es desde las prácticas comunitarias que podría hacer transformaciones profundas y que su papel es disponerse y agenciar esas prácticas

En cuanto al derecho a la salud, para poder contribuir a su desarrollo, como lo manifiesta J. Breilh tiene que ir mucho más allá de la reforma de los servicios de salud (derecho individual), sino enfrentar los problemas de la comunidad, grupos sociales y ambientes (derecho colectivo). En términos jurídicos ese desafío ampliar la cobertura de la justicia sanitaria, lo que los abogados llaman la justiciabilidad (ampliar obligaciones y tutelas) y la exigibilidad (mecanismos de cumplimiento y vigencia (Breilh, J. 2013).

En salud se reconocieron sólo temas de equipamiento, de infraestructura, de medicinas entre otras, pero no se socializaron temas como saneamiento básico, problemas de migración que puede terminar en un problema de salud pública, desempleo, educación, entre lo más detallado por la población.

El desafío estatal de cambiar la cultura ciudadana de tutelada por el estado a una en donde a través de la participación ciudadana la ciudadanía se apropie de los desafíos que implica la implementación de la reforma del Estado, es todavía un reto a trabajar, es importante mencionar que el propósito dentro del mejoramiento de la calidad de vida de

los colectivos es positiva, ya que tener una comunidad que responda a las necesidades individuales y colectivas.

Derecho a la salud el estado ha hecho esfuerzos formales y ha detenido en alguna forma la arremetida neoliberal, es súperclave que este en la Constitución del Estado (2008) que fortalezca la rectoría en salud (poner que se requiere fortalecer la autoridad sanitaria y que esta debería pensarse en clave de participación) sin embargo la planeación se mantiene en una lógica tecnocrática y esto impide el avance contundente de la participación con decisión.

Para poder determinar desde las voces de los actores sociales si su participación afecta las decisiones en salud en el territorio, la población debe tener más acceso a la información, se debe incrementar espacios de difusión y disponibilidad de información en relación al uso y manejo de recursos públicos, cumplimiento de políticas públicas de salud y lo que daría más transparencia es informar el impacto en los diferentes sectores de esta población de las políticas públicas, esto mejoraría la cultura deficitaria en el tema derechos ciudadanos y la población podría ser partícipe de estas decisiones en salud.

Bibliografía

- Acurio Páez, David. 2014. POA 2014 del Consejo Ciudadano Sectorial de Salud. Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud.
- Andrade G. 2016. «Las comunas ancestrales de Quito. Retos y desafíos en la planificación urbanística». Quito - Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar.
- Arias, Tania. 2008. «Ecuador un estado constitucional de derechos». *Nuestra Constitución: Nuestro Futuro. Entre voces, Revista del Grupo Democracia y Desarrollo Local*, 2008. <http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-463.html>.
- Asamblea Constituyente del Ecuador. 2008. *Constitución de la República del Ecuador*.
- Breilh, J. 1999. «Nuevos paradigmas en la salud pública». En . Río de Janeiro: Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo; Programa de las Naciones Unidas para el Ambiente; Organización Panamericana de la Salud; Escuela Nacional de Salud Pública, FIOCRUZ. <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3538/1/Breilh,%20J-CON-168-Nuevos%20paradigmas.pdf>.
- . 2003a. «De la vigilancia convencional al monitoreo participativo». *Ciência & Saúde Coletiva* 8: 937-51. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000400016>.
- . 2003b. *Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad*. Ilustrada. Vol. 17. Lugar Editorial.
- . 2008. «Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud». En . Universidad Autónoma Regional. <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3413/1/Breilh,%20J-CON-119-Una%20perspectiva%20em.pdf>.
- . 2010a. «La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano». *Salud colectiva* 6 (1): 83-101.
- . 2010b. «Hacia una construcción emancipadora del derecho a la salud». En *¿Estado constitucional de derechos?: informe sobre derechos humanos Ecuador 2009*, 263-83. Quito - Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar. Sede Ecuador. Programa Andino de Derechos Humanos, PADH. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/948>.

- . 2012. «Acuerdo urgente y agenda por la vida y la salud. (Tesis para un movimiento mundial cohesionado y orgánico)», septiembre. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3211>.
- . 2013. «La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)». *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31 (diciembre): 13-27.
- Carmona L.D. 2018. «La Disputa por el derecho a la salud en Colombia (Análisis crítico de la política de salud en Bogotá 2004-2012.)». Tesis Doctoral, Quito - Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar.
- De Souza Minayo, M.C. 1997. «El desafío del conocimiento». En *Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial. https://www.researchgate.net/profile/Maria_Minayo/publication/33023708_El_desafio_del_conocimiento_Investigacion_cualitativa_en_salud/links/569e16b608ae16fdf07b9613.pdf.
- Ecuador. Corte Constitucional. 2014. *Decreto Ejecutivo No. 491. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y prevención del Embarazo adolescente ENIPLA*.
- . 2015. *Decreto Ejecutivo No. 656*.
- . 2016. *Acuerdo Ministerial No. 0000016*.
- Ecuador Ministerio de Salud Pública. 2017. «Manual “Implementación de la Estrategia de Participación Ciudadana en Salud en el Ministerio de Salud Pública”». Registro Oficial. Acuerdo Ministerial 0044-2017. Edición Especial No. 1009.
- Ecuador. Secretaría de Pueblos, Movimientos Sociales, & Participación Ciudadana. 2010. *Ley orgánica de participación ciudadana*.
- El Ecuatoriano Diario Digital. 2015. «Renuncia Masiva en el Consejo Ciudadano Sectorial de Salud». *Mas allá de las Fronteras*, 19 de mayo de 2015. <http://elecuatoriano.net/2015/05/19/renuncia-masiva-en-el-consejo-ciudadano-sectorial-de-salud/>.
- Feo Istúriz, Oscar, Carlos Feo Acevedo, y Patricia Jiménez. 2012. «Pensamiento contrahegemónico en salud». *Revista Cubana de Salud Pública*, 2012. http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38_4_12/spu11412.htm.
- Fleury, Sonia. 1999. «Reforma del estado en América Latina: ¿Hacia dónde?» *Nueva Sociedad* 160: 58–80.

- Harvey D. 2014. *Diecisiete contradicciones y el final del capitalismo*. Primera edición. Instituto de Altos Estudios de Ecuador.
- INEC. 2010a. «Encuesta de Empleo, Desempleo y Subempleo - ENEMDU». Vigésima Séptima Ronda. Ecuador: Instituto Nacional de Estadística y Censos. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/empleo-desempleo-y-subempleo/>.
- . 2010b. «Población migrante por sexo, según provincia, cantón y parroquia de empadronamiento». Ecuador: Instituto Nacional de Estadística y Censos. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/informacion-censal-cantonal/>.
- . 2010c. «Población por área, según provincia, cantón y parroquia de empadronamiento y grupos étnicos». Ecuador: Instituto Nacional de Estadística y Censos. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/informacion-censal-cantonal/>.
- . 2010d. «Población que se autoidentificó indígena, según provincia de empadronamiento, nacionalidad o pueblo indígena al que pertenece y sexo». Ecuador: Instituto Nacional de Estadística y Censos. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/informacion-censal-cantonal/>.
- . 2010e. «Población y tasas de crecimiento intercensal de 2010-2001-1990 por sexo, según parroquias». Resultados del Censo 2010. Ecuador: Instituto Nacional de Estadística y Censos. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/informacion-censal-cantonal/>.
- . 2010f. «Total de viviendas particulares con personas presentes por tipo de vivienda, según provincia, cantón y parroquia de empadronamiento». Ecuador: Instituto Nacional de Estadística y Censos. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/informacion-censal-cantonal/>.
- . 2016a. «Estadísticas Vitales (Nacimientos y Defunciones)». Ecuador: Instituto Nacional de Estadística y Censos. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas-de-nacimientos-y-defunciones-2016/>.
- . 2016b. «Proyección provincias, Sexos y Áreas 2010-2020». Ecuador: Instituto Nacional de Estadística y Censos. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>.
- López .M. S, López.A. O. 2015. *Derecho a la Salud en México*. Primera Edición. México: Universidad Autónoma de México.
- Marshall, T. H., y T. B. Bottomore. 1998. *Ciudadanía y clase social*. Alianza.

- Mera, Cristian A. Flores. 2010 «Hechos y Personajes de 2010: Rafael Correa, el personaje del año y la revuelta del 30 de septiembre el mayor acontecimiento del año - CEDATOS». http://www.cedatos.com.ec/detalles_noticia.php?Id=16.
- Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. 2014. «Indicadores del SIISE. Necesidades básicas insatisfechas (NBI)». Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador. 2014. http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/POBREZA/ficpob_P05.htm.
- Ministerio de Salud Pública. 2012. *Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e intercultural (MAIS-FCI)*. Ecuador.
- . 2016a. «Información Estadística y geográfica de salud». Digital. Ecuador: Ministerio de Salud Pública. <https://www.salud.gob.ec/informacion-estadistica-de-produccion-de-salud/>.
- . 2016b. «Principales causas de morbilidad general». Digital. Morbilidad de la parroquia de Tumbaco. Ecuador: Ministerio de Salud Pública. https://public.tableau.com/profile/publish/morbi_rdacaa_2014/Men#!/publish-confirm.
- . 2016c. «Principales causas de mortalidad general». Digital. Defunciones de la parroquia de Tumbaco. Ecuador: Ministerio de Salud Pública. <https://public.tableau.com/profile/publish/defuncionesgenerales2014/Menu#!/publish-confirm>.
- . 2016d. «Principales causas de mortalidad Infantil». Digital. Defunciones de la parroquia de Tumbaco. Ecuador: Ministerio de Salud Pública. <https://public.tableau.com/profile/publish/defuncionesgenerales2014/Menu#!/publish-confirm>.
- . 2016e. «Principales causas de mortalidad materna». Digital. Defunciones de la parroquia de Tumbaco. Ecuador: Ministerio de Salud Pública. <https://public.tableau.com/profile/publish/defuncionesgenerales2014/Menu#!/publish-confirm>.
- . 2017a. «Manual “Implementación de la Estrategia de Participación Ciudadana en Salud en el Ministerio de Salud Pública”». Registro Oficial Acuerdo Ministerial 0044-2017. Ecuador: Ministerio de Salud Pública. Edición Especial No. 1009.
- . 2017b. «Ministerio de Salud de Ecuador expone avances significativos en acceso universal de salud en Asamblea Mundial – Ministerio de Salud Pública». Ministerio de Salud Pública. 2017. <https://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud->

- de-ecuador-expone-avances-significativos-en-acceso-universal-de-salud-en-asamblea-mundial/.
- Movimiento por la Salud de los Pueblos. 2005. «Segunda Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos. Declaración de Cuenca». Cuenca, Ecuador. <http://www.alainet.org/es/active/9146>.
- Nicoletti, Javier Augusto. 2008. «Derecho Humano a La Salud: Fundamento Y Construcción». *Revista de Ciencias Sociales (Cr)* II (120): 49-57.
- Nunes, Everardo Duarte. 2007. «Epidemiología crítica: ciência emancipadora e interculturalidade». *Cadernos de Saúde Pública* 23 (7): 1741-42. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700032>.
- Organización Mundial de la Salud. 1986. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/.
- . 2009. Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Comisión sobre Determinantes sociales de la salud - Informe Final. https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
- Organización Panamericana de la Salud/MSP. 1978. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. 1978. «http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm», 3.
- . 2012. «La Salud en la nueva Constitución 2008». OPS/OMS.
- Paz, Juan José, y Miño Cepeda. 2008. «Visión histórica de las constituciones de 1998 y 2008». Análisis. *Instituto de Investigación y debate sobre la gobernanza. Legitimidad y arraigo del poder* (blog). 2008. <http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-449.html>.
- Secretaría Metropolitana de Salud del Municipio. 2015. «Plan Decenal de Salud 2015-2025». Alcaldía del Distrito Metropolitano de Quito.
- . 2018. «Diagnóstico de Salud del Distrito Metropolitano de Quito» Unidad de Análisis e Investigación en Salud. 2018. http://www.quito.gob.ec/documents/Salud/Diagnostico_Salud_DMQ2017.pdf
- Secretaría Nacional de Planificación y desarrollo. 2013a. «Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017». Senplades.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. 2016. «Mapa de Cobertura y Uso de la Tierra -Archivos de Información Geográfica Ministerio de Ambiente de

- Ecuador». Sistema Nacional de Información. 2016. <http://sni.gob.ec/mapa-cobertura-uso>.
- T.H. Marsahall y Tom Bottomore. 1998. «Ciudadania y Clase Social.» *Alianza Editorial S.A. Madrid*, 1998. www.alianzaeditorial.es.
- Tumbaco, GAD. 2015. «Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la Parroquia de Tumbaco». Gobierno Autónomo Descentralizado de la Parroquia de Tumbaco. Igarss, 2015. http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdocumentofinal/1768109120001_Plan%20de%20Desarrollo%20y%20Ordenamiento%20Territorial%20de%20Tumbaco%20con%20matriz%20proyectos_30-10-2015_17-16-21.pdf.
- Unidad Patronato Municipal San José. 2016. «Noveno espacio para el adulto mayor en Tumbaco». QUITO. 2016. <http://www.patronato.quito.gob.ec/programas-de-radio/125-centros-de-acogida-para-adolescentes-embarazadas.html>.

Anexos

Anexo 1. Formato de consentimiento informado

MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA Y SALUD COLECTIVA

TITULO DE LA TESIS: Alcance de la participación ciudadana en el derecho a la Salud: Una perspectiva desde los Actores Sociales de la Parroquia de Tumbaco, durante los años 2015 – 2016

ESTUDIANTE: RUTH MARGARITA LARA PONCE

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación elementos que les permita aclarar la naturaleza de la misma, así como su rol en ella como participantes. La presente investigación es conducida por Ruth Margarita Lara Ponce, candidata a Maestrante de Epidemiología Crítica y Salud Colectiva de la Universidad Andina Simón Bolívar de Ecuador.

La meta de esta entrevista es indagar sobre el Nivel de Participación ciudadana en el derecho a la salud: una perspectiva desde los actores Sociales de la Parroquia de Tumbaco, durante los años 2015-2016. La entrevista está estructurada en cuatro sesiones o ejes: la primera pregunta sobre **Participación ciudadana en el derecho a la Salud durante los años 2015-2016**, la segunda sobre la(s) Concepción de **Derecho a la salud** en el mismo periodo, y la tercera pregunta sobre **Políticas en Salud** en dicho periodo; y el cuarto eje se indaga sobre **Determinación Social y participación ciudadana**

Si usted accede a participar en este estudio se le pedirá responder 16 preguntas para una entrevista. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que se converse durante esta sesión se grabará, de modo que la investigadora pueda transcribir después de las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito, fuera de los de esta investigación.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Ruth Margarita Lara Ponce. SI __ NO__

Acepto que he sido informado (a) de los propósitos de este estudio. SI __ NO__

Me han indicado que responderé preguntas para una entrevista, que será grabada y transcrita posteriormente para efectos de esta investigación. SI __ NO__

Nombre del participante: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 2. Formato de entrevistas semiestructuradas

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA Y SALUD COLECTIVA

TESIS: ALCANCE DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL DERECHO A LA SALUD: UNA PERSPECTIVA DESDE LOS ACTORES SOCIALES DE LA PARROQUIA DE TUMBACO, DURANTE LOS AÑOS 2015 – 2016

ENTREVISTA ACTOR SOCIAL

CODIGO:

ENTREVISTA A ACTORES SOCIALES DE LA COMUNIDAD

Alcance de la participación ciudadana en el derecho a la Salud: Una perspectiva desde los Actores Sociales de la Parroquia de Tumbaco, durante los años 2015 - 2016

PERFIL DEL ENTREVISTADO

Nombre: _____

Cargo: _____

Perfil Participativo en salud:

Experiencias durante ese periodo:

Favor nombrar los espacios en que ha participado:

Cuántos años lleva participando en salud, pertenece a una organización o ha pertenecido? A Cuáles?

Teniendo en cuenta que usted es un líder con reconocimiento y trayectoria en la participación social, le solicito que por favor me responda las siguientes preguntas con el mayor grado de sinceridad.

CATEGORIA PARTICIPACION CIUDADANA

1. ¿Qué es participación para usted? Podría ser reunirse, protagonismo en las decisiones, transformar la salud, planificación
2. ¿Usted tiene experiencia en participación antes del 2014 cuénteme o describa que hacían? En esas experiencias de antes del 2014 usted considera que obtenían resultados ¿de qué tipo?, de ejemplos.
3. ¿Usted ha participado después del 2014?; ¿Si es así, cuénteme o describa que hacía? Usted ha participado después de 2014 ¿Qué resultados se obtuvieron, de que tipo?
4. CATEGORIA CONCEPCION DEL DERECHO A LA SALUD

5. ¿Considera usted que en su parroquia se cumple el derecho a la salud? Explique su respuesta ¿Por qué? Considera que ha habido cambios en la realización del derecho a la salud, identifique. ¿Qué tipo de cambios? ¿desde cuándo han ocurrido? los considera favorables o desfavorables
6. Usted como ciudadano con voz y voto de la comunidad que necesidades en salud expresaría, luego de identificar vecinos, familiares y/ otros conocidos que viven en situaciones que no cubren sus necesidades básicas.
7. CATEGORIA POLITICA PÚBLICA EN SALUD
8. ¿Sabe usted como están establecidas las políticas en relación a Salud? ¿Sabe usted si la política de salud ha cambiado? ¿Qué cambios considera que son visibles? En esos cambios que considera que ha sido para mejorar. ¿Que considera que no ha mejorado? Cree que la política de salud es suficiente para que se realice el derecho a la salud. ¿Qué le falta?
9. CATEGORIA DETERMINACION SOCIAL Y PARTICIPACION CIUDADANA
10. Considera usted que desde los años 2014 a los 2016 que ha vivido en la parroquia, la población ha crecido, hay más personas que han venido de otras provincias.
11. Usted cree que en los años 2014 a 2016 En la parroquia en los últimos años ha visto más desempleo que antes. A qué cree usted. Que se debe.
12. Usted considera que la agricultura para los años 2015 al 2016 en el sector fue una ocupación relevante.
13. Para los años 2015 al 2016 en relación a años anteriores, usted considera que han aumentado las posibilidades para estudiar, ¿hay más oportunidades? o hay limitaciones? ¿Por qué, cree que pasa esto, de ejemplos?
14. Durante los años que ha vivido en esta parroquia de que cree que la gente se enferma o cuales son las quejas que más tienen y por qué.
15. ¿Cuál cree que sea la causa por la que las personas vinieron en esos años a la parroquia de Tumbaco: ¿Trabajo, Vivienda, Estudios, ¿Mejorar ingresos, Otros?
16. ¿Considera que hay más facilidad de acudir a un establecimiento de salud en la actualidad que antes o no? ¿Y por qué cree que pasa esto?
17. Las personas de su comunidad cuando enferman, a donde acuden:
18. Establecimiento de salud (consultorio, centro de salud), Farmacia, Curandero, Se queda en casa, Otros.
19. Considera usted que las personas no van al médico por: Costo, No conocen, Está lejos, No confían, Otros.....

Anexo 3. Guía para los grupos focales

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA Y SALUD COLECTIVA

TESIS: Alcance de la participación ciudadana en el derecho a la salud: una perspectiva desde los actores sociales de la parroquia de Tumbaco, durante los años 2015 – 2016

ENTREVISTA ACTOR SOCIAL DEL ESTADO SECTOR SALUD

CODIGO:

PERFIL DEL ENTREVISTADO

Nombre:

Cargo:

Tiempo de trabajo en el Ministerio de Salud Pública: _____

Objetivo: Investigar, mediante una entrevista estructurada la implementación de la Participación Ciudadana según la Ley Orgánica de participación Ciudadana del 2010, e implementada a nivel del Ministerio de salud Pública, desde año 2012 y adoptada por el Distrito de Salud 17D09, a nivel de la parroquia de Tumbaco desde año 2014. Esta entrevista tendrá tres ejes: Participación Ciudadana y Derecho a la Salud; Participación Ciudadana y Políticas Pública; Participación Ciudadana y determinación Social.

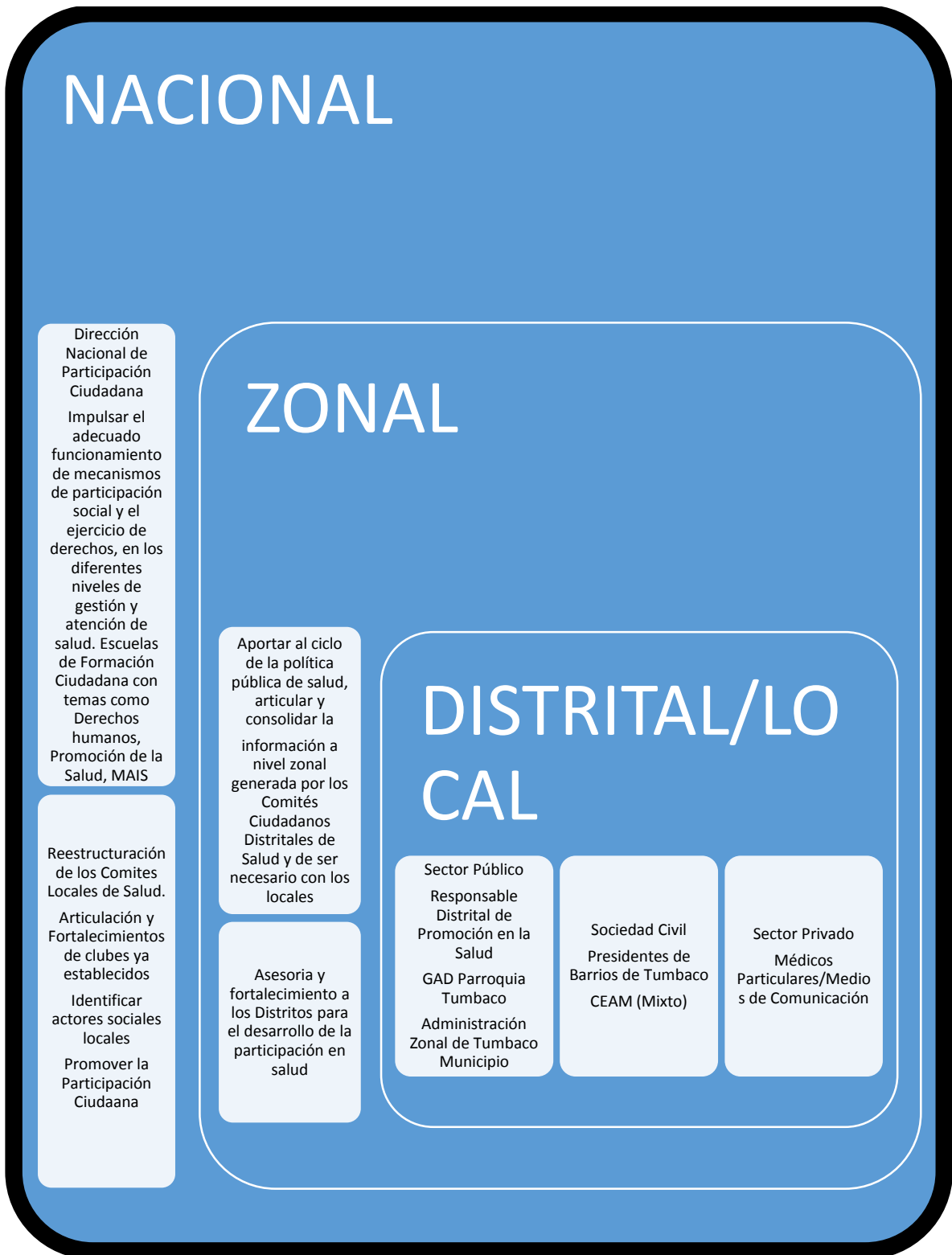
1. Para el periodo 2015 al 2016, como Ministerio de Salud Pública, luego de la reestructuración del Consejo Ciudadano Sectorial de Salud (CCSS), conformado mediante acuerdo Ministerial No. 0004892, ¿cuáles fueron los lineamientos sobre Participación a nivel de Distritos y a nivel Local? ¿Qué tipo de relaciones se establecieron con los comités locales de salud?
2. ¿Considera que el espacio de participación que mantiene el nivel local en esa época, la ciudadanía tiene claridad y precisión sobre su papel y el nivel de participación que pueden ejercer?
3. ¿Cree que se ha dinamizado la participación ciudadana en temas de salud, a raíz de la Ley; se mantiene el mismo nivel de participación o ha disminuido? ¿Por qué han ocurrido esas modificaciones si las hubo?
4. En estos espacios institucionales de diálogo cree que se enfocó a la participación como un derecho. Argumente su respuesta ¿Por qué?
5. En el periodo comprendido entre 2015 y 2016 ¿Cuál fue la concepción del derecho a la participación ciudadana en el monitoreo, seguimiento y evaluación de la ejecución de las políticas públicas?
6. ¿Durante el periodo 2015-2016, que elementos considera centrales o relevantes en la planificación de actividades de promoción de la salud en los cuales haya participado la ciudadanía?
7. Como afecta los mecanismos de Control social, entre ellos la rendición de cuentas, el ámbito salud, calidad de vida de la ciudadanía.
8. Considera usted que hubo cambios en la concepción de salud en los periodos antes de la ley orgánica de participación ciudadana en relación a este periodo 2015-2016
9. ¿Cree usted, que se ha modificado los estilos de vida o la calidad de vida a partir de la Ley orgánica? Si considera que sí ¿Cuáles estándares de Estilos de Vida ha mejorado la ciudadanía durante el periodo 2015-2016, luego de la implementación de la participación Ciudadana establecida en la ley orgánica de participación Ciudadana 2010?

Anexo 4. formato para realizar análisis de discursos, artículos de prensa

FICHA RESUMEN
NOMBRE DEL TEXTO:
AUTOR:
1. HILO DISCURSIVO
2. IDEAS CENTRALES

CITAS CLAVES TEXTUALES

Anexo 5. Mapa de actores



Anexo 6. Codificación de las entrevistas de acuerdo a perfil del actor y lugar de desempeño

Codificación de entrevistas: grupo focal

Se identifican los perfiles de los actores sociales comunitarios en el grupo focal en el momento del análisis y sus lugares de desempeño. La codificación se realizó tomando en cuenta los cuatro ejes y/o categorías concepción derecho a la salud, política pública, participación ciudadana, determinación social, así:

No de entrevista	Perfil	Código Eje 1 participación ciudadana	Código Eje 2 Concepción Derecho a la salud	Código Eje 3 Política Pública	Código Eje 4 Determinación Social
1	Representante barrio la Esperanza	P1C1	P1C2	P1C3	P1C4
2	Representante de los adultos mayores barrio Collaqui.	P2C1	P2C2	P2C3	P2C4
3	Representante del barrio Chiviqui	P3C1	P3C2	P3C3	P3C4
4	Representante del barrio Tola grande	P4C1	P4C2	P4C3	P4C4

Codificación de entrevistas

Se identifican los perfiles de los actores sociales en el momento del análisis y sus lugares de desempeño. La codificación se realizó tomando en cuenta los cuatro ejes y/o categorías concepción derecho a la salud, política pública, participación ciudadana, determinación social, así:

No de entrevista	Perfil	Código Eje 1 participación ciudadana	Código Eje 2 Concepción Derecho a la salud	Código Eje 3 Política Pública	Código Eje 4 Determinación Social
1	Responsables Zona Tumbaco del Adulto Mayor Año 2014-2015. CEAM	E1C1	E1C2	E1C3	E1C4
2	Responsables Zona Tumbaco del Adulto Mayor 2016-2017	E2C1	E2C2	E2C3	E2C4
3	Médico General/maneja un programa de radio de promoción en la salud	E3C1	E3C2	E3C3	E3C4
4	Gobierno autónomo descentralizado de la parroquia de Tumbaco	E4C1	E4C2	E4C3	E4C4
5	Unidad de Salud, de la Administración Zonal de Tumbaco, años 2015-2016	E5C1	E5C2	E5C3	E5C4
6	Responsable Nacional de Promoción de la salud Periodo 2016	E6C1	E6C2	E6C3	E6C4
7	Director Zonal de Promoción de la salud Periodo 2015-2016	E7C1	E7C2	E7C3	E7C4
8	Responsable Distrital de Promoción de la salud Periodo 2015-2016	E8C1	E8C2	E8C3	E8C4

Anexo 7. Categorización, codificación por familias y ponderación

CATEGORIAS	FAMILIAS	PONDERACIÓN
PARTICIPACION CIUDADANA	EXPERIENCIAS	16
	ESTRATEGIAS	9
	CONCEPCIÓN	9
	CONTROL SOCIAL	8
	RESULTADOS	7
	COMITES LOCALES	6
	BARRERAS	5
	LEY DE PARTICIPACIÓN	4
	CALIDAD DE VIDA	3
CONCEPCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD	CONCEPCIÓN	17
	NECESIDADES	15
	RESULTADOS	2
POLITICA PÚBLICA EN SALUD	EFFECTOS	7
	ESTRATEGIAS	8
	TALENTO HUMANO	1
	VALORACIÓN NEGATIVA	8
	VALORACIÓN POSITIVA	6
DETERMINACIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA	BARRERAS	24
	PARTICIPACIÓN CIUDADANA	15
	ENFERMEDAD	10
	EDUCACIÓN	10
	MIGRACIÓN	10
	DESEMPLEO	7
	AGRICULTURA	7
	OPORTUNIDADES	5