



Maestría en

SALUD PÚBLICA

Tesis previa a la obtención de título de Magíster en Salud Pública

AUTOR: David Alejandro Viteri Maldonado MD

TUTOR: Federico Fernando Sacoto Aizaga MD. MPH.

Evolución histórica de la gestión de salud y su correspondencia territorial con la organización política nacional en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Aprobación del tutor

Yo, **Federico Fernando Sacoto Aizaga**, declaro que he tutorizado el trabajo de titulación denominado: **“Evolución histórica de la gestión de salud y su correspondencia territorial con la organización política nacional en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador”** del/la maestrante, quien es autor/a exclusivo/a de la presente investigación, que es original y auténtica.

C. I.: 1703278513

Autorización de derechos de propiedad intelectual

Yo, **David Alejandro Viteri Maldonado**, en calidad de autor/a del trabajo de titulación denominado: **“Evolución histórica de la gestión de salud y su correspondencia territorial con la organización política nacional en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador”**, autorizo a la Universidad Internacional del Ecuador (UIDE) para hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que abarca esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación. Los derechos que como autor me corresponden, según lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento en Ecuador.

D. M. de Quito, 03 de octubre de 2023

C. I.: 1724464787

Certificación de autoría del trabajo de titulación

Yo, **David Alejandro Viteri Maldonado**, declaro bajo juramento que el trabajo de titulación denominado: **“Evolución histórica de la gestión de salud y su correspondencia territorial con la organización política nacional en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador”** es de mi autoría y de mi exclusiva responsabilidad académica y legal; y que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional. En su elaboración, se han citado las fuentes y se han respetado las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

C. I.: 1724464787

Dedicatoria

A mi familia por el tiempo que no les dediqué.

Agradecimientos

A la causalidad cósmica que ante la “ausencia física del tiempo” me tiene aquí y ahora.

A cada persona que, a pesar de sus obligaciones, voluntariosamente supo regalarme su tiempo, decidiendo participar, directa o indirectamente, en esta investigación para compartir su experiencia en Salud Pública.

De manera muy especial a Fernando Sacoto, gracias por su tiempo y generosa colaboración, supo ser tan humano y profesional que facilitó enormemente el entendimiento del arte de la Salud Pública.

A mí.

Tabla de Contenido

1. RESUMEN	11
2. ABSTRACT.....	13
3. INTRODUCCIÓN	15
4. JUSTIFICACIÓN.....	16
5. PROBLEMA	17
6. OBJETIVOS.....	18
6.1. GENERAL.....	18
6.2. ESPECÍFICOS.....	18
7. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....	19
7.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA REGIONALIZACIÓN POLÍTICA DEL ECUADOR Y LA ORGANIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE SALUD	19
7.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA GESTIÓN DE SALUD EN ECUADOR	22
7.3 SALUD PÚBLICA, REGIONALIZACIÓN Y DESCENTRALIZACIÓN.....	24
7.4 SALUD EN LA NUEVA CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR (2008)	27
8. METODOLOGÍA.....	29
8.1 INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN DOCUMENTAL	29
8.2 ANÁLISIS CUALITATIVO	29
9. RESULTADOS	33
9.1 GESTIÓN TERRITORIAL DE SALUD EN ECUADOR 1967-2012.....	33
<i>Nivel provincial</i>	36
<i>Nivel Local</i>	36
9.2 ORGANIZACIÓN DEL MSP CON BASE EN ZONAS Y DISTRITOS	37
<i>Planta Central</i>	39
<i>Coordinación Zonal</i>	40
<i>Dirección Distrital</i>	40
9.3 CONFORMACIÓN DE DIRECCIONES PROVINCIALES Y ÁREAS DE SALUD.....	41
9.4 CONFORMACIÓN DE COORDINACIONES ZONALES Y DIRECCIONES DISTRITALES DE SALUD.....	43
9.5 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	47
9.5.1 <i>Análisis de cada pregunta del guion semiestructurado</i>	48
10. ANÁLISIS.....	60
10.1 ESTRUCTURA DEL NIVEL CENTRAL	60
10.2 AGRUPACIÓN DE PROVINCIAS SEGÚN ZONAS.....	62
10.3 CORRESPONDENCIA ENTRE ÁREAS Y DISTRITOS DE SALUD CON MUNICIPIOS	64
10.4 ESTRUCTURAS ADMINISTRATIVAS DE ÁREAS Y DISTRITOS DE SALUD	66
11. CONCLUSIONES.....	69
12. RECOMENDACIONES.....	72
13. REFERENCIAS	74
14. ANEXOS.....	80
I. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN PARA ENTREVISTADOS CALIFICADOS	80
II. CARTA DE INVITACIÓN A LA INVESTIGACIÓN	80
III. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN ESTA INVESTIGACIÓN.....	80
IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO	80
V. LISTADO DE PARTICIPANTES SELECCIONADOS Y ENTREVISTAS	80
VI. ADMINISTRACIÓN DE SALUD POR PROVINCIA Y AS.	81
<i>Azuay (001)</i>	81
<i>Bolívar (002)</i>	82

<i>Cañar (003)</i>	83
<i>Carchi (004)</i>	83
<i>Cotopaxi (005)</i>	84
<i>Chimborazo (006)</i>	85
<i>El Oro (007)</i>	86
<i>Esmeraldas (008)</i>	87
<i>Guayas (009)</i>	87
<i>Imbabura (010)</i>	89
<i>Loja (011)</i>	90
<i>Los Ríos (012)</i>	91
<i>Manabí (013)</i>	92
<i>Morona Santiago (014)</i>	93
<i>Napo (015)</i>	94
<i>Pastaza (016)</i>	95
<i>Pichincha (017)</i>	95
<i>Tungurahua (018)</i>	97
<i>Zamora Chinchipe (019)</i>	98
<i>Galápagos (020)</i>	99
<i>Sucumbíos (021)</i>	100
<i>Orellana (022)</i>	101
<i>Santo Domingo de los Tsáchilas (023)</i>	102
<i>Santa Elena (024)</i>	103
VII. ADMINISTRACIÓN DE SALUD POR CZS Y DDS.....	104
<i>Coordinación Zonal 1 – SALUD (CZ1)</i>	104
<i>Coordinación Zonal 2 – SALUD (CZ2)</i>	105
<i>Coordinación Zonal 3 – SALUD (CZ3)</i>	106
<i>Coordinación Zonal 4 – SALUD (CZ4)</i>	107
<i>Coordinación Zonal 5 – SALUD (CZ5)</i>	108
<i>Coordinación Zonal 6 – SALUD (CZ6)</i>	109
<i>Coordinación Zonal 7 – SALUD (CZ7)</i>	110
<i>Coordinación Zonal 8 – SALUD (CZ8)</i>	111
<i>Coordinación Zonal 9 – SALUD (CZ9)</i>	112

Tabla de Ilustraciones

ILUSTRACIÓN 1. ESQUEMA GENERAL DEL ESTUDIO.....	30
ILUSTRACIÓN 2. ESQUEMA DE ORGANIZACIÓN DEL MSP (1993).	34
ILUSTRACIÓN 3. ORGANIZACIÓN DEL MSP (ESTRUCTURA DE TRANSICIÓN) (1998)	35
ILUSTRACIÓN 4. ORGANIZACIÓN DEL MSP (2010)	35
ILUSTRACIÓN 5. ESTRUCTURA ORGÁNICA DE DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD (2008)	36
ILUSTRACIÓN 6. ESQUEMA DE JEFATURAS DE ÁREA (1993).....	36
ILUSTRACIÓN 7. ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DEL MSP (1994).....	37
ILUSTRACIÓN 8. ESTRUCTURA TERRITORIAL DEL SISTEMA DE SALUD DE ECUADOR.	38
ILUSTRACIÓN 9. ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA PLANTA CENTRAL.	39
ILUSTRACIÓN 10. ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA COORDINACIÓN ZONAL.	40
ILUSTRACIÓN 11. ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA DIRECCIÓN DISTRITAL.....	40
ILUSTRACIÓN 12. SISTEMA REGIONALIZADO DE SERVICIOS DE SALUD (1999).....	41
ILUSTRACIÓN 13. SISTEMA REGIONALIZADO DE SERVICIOS DE SALUD (2010).....	42
ILUSTRACIÓN 14. ZONAS DE PLANIFICACIÓN DE ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DEL ECUADOR.	45
ILUSTRACIÓN 15. ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL NUEVO MODELO DE GESTIÓN	46
ILUSTRACIÓN 16. ORGANIZACIÓN DEL MSP (1998)	61
ILUSTRACIÓN 17. ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA PLANTA CENTRAL.	61
ILUSTRACIÓN 18. ESTRUCTURAS ADMINISTRATIVAS DE ÁREAS DE SALUD	66
ILUSTRACIÓN 19. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DE DISTRITOS DE SALUD (2015)	66
ILUSTRACIÓN 20. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 10 ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE AZUAY.	81
ILUSTRACIÓN 21. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 4 ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BOLÍVAR.	82
ILUSTRACIÓN 22. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 3 ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CAÑAR.	83
ILUSTRACIÓN 23. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 4 ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CARCHI.	83
ILUSTRACIÓN 24. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 6 ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE COTOPAXI.	84
ILUSTRACIÓN 25. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 6 ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CHIMBORAZO.....	85
ILUSTRACIÓN 26. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 9 ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE EL ORO.	86
ILUSTRACIÓN 27. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 9 ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS.	87
ILUSTRACIÓN 28. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 20 ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE GUAYAS.	87
ILUSTRACIÓN 29. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 12 ÁREAS DE SALUD DEL D.M. DE GUAYAQUIL.	89
ILUSTRACIÓN 30. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 4 ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE IMBABURA.	89
ILUSTRACIÓN 31. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 13 ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE LOJA.	90
ILUSTRACIÓN 32. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 6 ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE LOS RÍOS.....	91
ILUSTRACIÓN 33. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 12 ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE MANABÍ.	92
ILUSTRACIÓN 34. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 7 ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO.....	93
ILUSTRACIÓN 35. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 2 ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE NAPO.	94
ILUSTRACIÓN 36. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 2 ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE PASTAZA.	95
ILUSTRACIÓN 37. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 11 ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE PICHINCHA.	95
ILUSTRACIÓN 38. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 12 ÁREAS DE SALUD DEL D.M DE QUITO.....	96
ILUSTRACIÓN 39. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 7 ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA.....	97
ILUSTRACIÓN 40. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 3 ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE ZAMORA CHINCHIPE.	98
ILUSTRACIÓN 41. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 2 ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE GALÁPAGOS.....	99
ILUSTRACIÓN 42. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 2 ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SUCUMBÍOS.....	100
ILUSTRACIÓN 43. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 3 ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE ORELLANA.	101
ILUSTRACIÓN 44. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 2 ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS.	102
ILUSTRACIÓN 45. DIRECCIÓN PROVINCIAL Y 4 ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA ELENA.....	103
ILUSTRACIÓN 46. GESTIÓN TERRITORIAL DE LA COORDINACIÓN ZONAL DE SALUD 1.	104
ILUSTRACIÓN 47. GESTIÓN TERRITORIAL DE LA COORDINACIÓN ZONAL DE SALUD 2.	105
ILUSTRACIÓN 48. GESTIÓN TERRITORIAL DE LA COORDINACIÓN ZONAL DE SALUD 3.	106
ILUSTRACIÓN 49. GESTIÓN TERRITORIAL DE LA COORDINACIÓN ZONAL DE SALUD 4.	107
ILUSTRACIÓN 50. GESTIÓN TERRITORIAL DE LA COORDINACIÓN ZONAL DE SALUD 5.	108
ILUSTRACIÓN 51. GESTIÓN TERRITORIAL DE LA COORDINACIÓN ZONAL DE SALUD 6.	109
ILUSTRACIÓN 52. GESTIÓN TERRITORIAL DE LA COORDINACIÓN ZONAL DE SALUD 7.	110
ILUSTRACIÓN 53. GESTIÓN TERRITORIAL DE LA COORDINACIÓN ZONAL DE SALUD 8.	111
ILUSTRACIÓN 54. GESTIÓN TERRITORIAL DE LA COORDINACIÓN ZONAL DE SALUD 9.	112

Índice de tablas

TABLA 1. 14 ATRIBUTOS ESENCIALES DE LA RISS.	26
TABLA 2. ENTREVISTADOS CALIFICADOS SEGÚN PROFESIÓN, ESPECIALIDAD, PROVINCIA DE TRABAJO Y REGIÓN DEL ECUADOR.	31
TABLA 3. CREACIÓN DE INSTITUCIONES ADSCRITAS AL MSP	39
TABLA 4. DIRECCIONES PROVINCIALES Y ÁREAS DE SALUD.	41
TABLA 5. COORDINACIONES ZONALES Y DIRECCIONES DISTRITALES DE SALUD POR PROVINCIA.	44
TABLA 6. GUION SEMIESTRUCTURADO PARA ENTREVISTA.	47
TABLA 7. ZONAS, PROVINCIAS, ÁREAS Y DISTRITOS DE SALUD EN LOS DOS MODELOS DE GESTIÓN.	64
TABLA 8. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN PARA ENTREVISTADOS CALIFICADOS.	80
TABLA 9. ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE AZUAY.	81
TABLA 10. ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BOLÍVAR.	82
TABLA 11. ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CAÑAR.	83
TABLA 12. ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CARCHI.	84
TABLA 13. ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE COTOPAXI.	84
TABLA 14. ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CHIMBORAZO.	85
TABLA 15. ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE EL ORO.	86
TABLA 16. ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS.	87
TABLA 17. ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE GUAYAS.	88
TABLA 18. ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE IMBABURA.	89
TABLA 19. ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE LOJA.	90
TABLA 20. ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE LOS RÍOS.	91
TABLA 21. ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE MANABÍ.	92
TABLA 22. ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO.	93
TABLA 23. ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE NAPO.	94
TABLA 24. ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE PASTAZA.	95
TABLA 25. ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE PICHINCHA.	96
TABLA 26. ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE TUNGURAGUA.	97
TABLA 27. ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE ZAMORA CHINCHIPE.	98
TABLA 28. ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE GALÁPAGOS.	99
TABLA 29. ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SUCUMBÍOS.	100
TABLA 30. ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE ORELLANA.	101
TABLA 31. ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS.	102
TABLA 32. ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA ELENA.	103
TABLA 33. CZS – 1 Y DDS RESPECTIVAS.	104
TABLA 34. CZS – 2 Y DDS RESPECTIVAS.	105
TABLA 35. CZS – 3 Y DDS RESPECTIVAS.	106
TABLA 36. CZS – 4 Y DDS RESPECTIVAS.	107
TABLA 37. CZS – 5 Y DDS RESPECTIVAS.	108
TABLA 38. CZS – 6 Y DDS RESPECTIVAS.	109
TABLA 39. CZS – 7 Y DDS RESPECTIVAS.	110
TABLA 40. CZS – 8 Y DDS RESPECTIVAS.	111
TABLA 41. CZS – 9 Y DDS RESPECTIVAS.	112

1. Resumen

En la evolución histórica de la gestión territorial de salud en el Ministerio de Salud (MSP), se reconocen 3 grandes momentos; el primero que comprende desde la creación y consolidación institucional del Ministerio, entre 1967 y 1992, en el que se desarrollaron de forma progresiva las jefaturas y luego direcciones provinciales de salud; el segundo entre 1993 y 2012, en que la institucionalidad se fundamenta en la gestión por la direcciones provinciales (DPS) y áreas de salud (AS); y el tercero desde 2013 hasta hoy, con la estructuración de coordinaciones zonales (CZS) y direcciones distritales de salud (DDS).

En esta investigación se analizó comparativamente la gestión técnica – administrativa realizada con el modelo basado en DPS y AS, y mediante CZS y DDS, a través de información documental y un estudio cualitativo, mediante entrevistas a informantes calificados que tuvieron la oportunidad de gestionar territorialmente los dos modelos señalados, y emitieron puntos de vista subjetivos, sobre dinámicas tales como: diferencias de jurisdicción territorial, supervisión de gestión, flujo institucional de pacientes, participación social en salud, recursos humanos, trabajo intersectorial e información y registros de salud, entre otras.

Las conclusiones mayoritarias destacaron ventajas del modelo basado en DPS y AS, en gran medida coincidentes con las estructuras de Gobiernos Autónomos Descentralizados Municipales (GADM), lo que favoreció acciones intersectoriales y de participación social en salud, entre otras. Por su parte, el flujo de pacientes entre niveles de atención y complejidad se señaló como una posible mejora relacionada con la gestión a través de CZS y DDS. Quedó en evidencia la necesidad de estudios evaluativos en profundidad a efectos de fundamentar decisiones de política trascendentes en la materia.

Palabras clave: gestión territorial, gestión de salud, burocratización de salud, áreas de salud, direcciones provinciales de salud, direcciones distritales de salud, coordinaciones zonales de salud, Ministerio de Salud Pública, Ecuador.

2. Abstract

In the historical evolution of territorial health management in the Ministry of Health (MoH), three major moments can be identified: The first, from the creation and institutional consolidation of the Ministry, between 1967 and 1992, when the Provincial Health Directorates and then the Provincial Health Directorates were progressively developed; the second, between 1993 and 2012, when the institutional structure was based on management by Provincial Directorates (PDH) and Health Areas (HA); the second, between 1993 and 2012, in which the institutional framework is based on management by provincial directorates (PDH) and health areas (HA); and the third, from 2013 to the present, with the structuring of zonal coordinating offices (HZC) and district health directorates (DHD).

In this research was made a comparative analysis of the technical-administrative management carried out with the model based on PD and HA, and by means of HZC and DHD, through documentary information and a qualitative study, through interviews with qualified informants who had the opportunity to manage territorially in the two models mentioned, and issued subjective points of view, on dynamics such as: differences in territorial jurisdiction, management supervision, institutional flow of patients, social participation in health, human resources, intersectoral work and health information and records, among others.

The majority of the conclusions highlighted the advantages of the model based on PDH and HA, which largely coincide with the structures of the Autonomous Decentralized Municipal Governments (ADMG), favoring intersectoral actions and social participation in health, among others. The flow of patients between levels of care and complexity was identified as a possible improvement related to the management by HZC and DHD. The need for in-depth

evaluative studies to support important policy decisions in this area became apparent.

Keywords: territorial management, health management, health bureaucratization, health areas, provincial health departments, district health departments, health zone coordinations, Ministry of Public Health, Ecuador.

3. Introducción

“El Ecuador es un estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico” (1).

Es un país diverso, con particularidades geográficas y socio – culturales, a ser debidamente consideradas en la gestión de salud.

El MSP desde su creación el 16 de junio de 1967 ha presentado cambios en su gestión territorial caracterizado por la centralización de políticas y normativas y descentralización de su presencia institucional (2).

A lo largo del tiempo hasta la actualidad se dieron cambios institucionales, siendo lo más relevante la migración de la gestión por provincias y AS a CZS y DDS, a partir de 2013, analizada en el presente estudio, a través de un estudio documental y cualitativo, que recoge la experiencia subjetiva de profesionales de salud quienes cursaron sus actividades laborales durante los cambios institucionales anteriormente citados.

4. Justificación

Como se señaló anteriormente, la gestión técnico – administrativa del MSP ha implantado un esquema territorial que difiere significativamente del desarrollado anteriormente, que guardaba correspondencia con la división política nacional.

Dada la magnitud de los cambios realizados, y una vez que han transcurrido varios años de aplicación de uno y otro modelo, se justifica un análisis comparativo a través de un estudio descriptivo documental – cualitativo.

En este marco, el presente estudio puede considerarse como exploratorio, y podría representar un punto de partida para que ulteriores investigaciones profundicen en el análisis sobre “la evolución de la gestión territorial de salud en el Ecuador”, buscando precisar evidencias sólidas que den cuenta de resultados de indicadores de gestión tanto técnicos como administrativo – financieros en los dos modelos que el MSP ha desarrollado a través de los años, para generar políticas de salud de Estado, que trasciendan en el tiempo y contribuyan objetivamente a optimizar la salud colectiva, mediante indicadores que puedan ser medidos y monitoreados.

5. Problema

La falta de correspondencia de la actual gestión territorial de salud con la división política nacional, inserta en un contexto institucional fuertemente centralizado, se constituye en un obstáculo para la gestión de la salud en la dinámica institucional del MSP.

Actualmente la regionalización para la administración sanitaria (común a otros sectores y ámbitos de la gestión pública) se fundamenta en una propuesta de integración horizontal de territorios (SENPLADES, 2011), a diferencia de la gestión de salud a través de DPS y AS, directamente relacionada con la distribución territorial – política: provincias, cantones y parroquias, desarrollada por el MSP, entre 1992 y 2012 (3).

La burocratización y centralización de la resolución de procesos y ejecución de decisiones en el sector salud ha condicionado problemas técnico administrativos, especialmente limitaciones para tomar decisiones a nivel local, dificultades de supervisión, obtención, procesamiento y análisis de información, entre otras que serán analizadas en el estudio.

6. Objetivos

6.1. General

Analizar la evolución histórica de la gestión de salud y su correspondencia territorial con la organización política nacional en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

6.2. Específicos

- Identificar y caracterizar las principales modificaciones institucionales del MSP del Ecuador respecto a la gestión territorial de salud.
- Analizar comparativamente la estructuración de la gestión de salud por provincias y AS, así como por DDS y CZS.
- Establecer posibles efectos en la gestión de salud del cambio de organización territorial, a partir de opiniones de expertos quienes ejercieron como autoridades sanitarias territoriales durante los dos esquemas de gestión.

7. Marco teórico y conceptual

7.1 Antecedentes históricos de la regionalización política del Ecuador y la organización de la gestión de salud

La evolución histórica del Ecuador reconoce 5 grandes etapas. La *época aborígen*, en el país data desde las culturas *Inga*, *Chobsi*, *Jubilán* y *Jodanchi*, (3900 a.C. – 2300 a.C.) que presenta las primeras características de organización económica y social. La *conquista o sometimiento* (1528 – 1534) donde tuvo lugar la devastación de pueblos indígenas. La *Colonia* (1534 – 1822) donde se establecieron fundamentos de corte precapitalista ante el manejo socio – económico, el auge de la “Real Audiencia de Quito” vinculada a la producción textil y la creación de los primeros hospitales y Facultad de Medicina en Quito. La *gran crisis* (1690 – 1800) caracterizada por las dificultades económicas del imperio español y, respecto a la salud, el nacimiento de *Luis Chushig* (1747) y todos sus aportes científicos. La *independencia* y *Gran Colombia* (1800 – 1830) donde se destacan la batalla de Pichicha (24 de mayo de 1822) que marca la derrota del imperio español y el establecimiento de la República del Ecuador. La última etapa abarca desde es el establecimiento de la república (1830) hasta la actualidad (4).

El 13 de mayo de 1830 surgió la idea de constituir una territorialización “libre e independiente” con el Distrito Sur (Cuenca, Quito y Guayaquil) en recíproca conveniencia, en de agosto de aquel entonces, en Riobamba, se estableció la primera Asamblea Constituyente donde se nombró Ecuador a la naciente república, estableciendo el nombre en honor a los resultados y comentarios de la Misión Geodésica Francesa (1735 – 1744) (4).

El Estado surge débil y dictatorial manteniéndose en vigencia las clases económicas y

sociales ante una organización territorial geopolítica establecida como eje de administración y desarrollo social (4).

Una vez establecida la república, la territorialización del Ecuador se organizó a partir de los 3 departamentos del “Distrito Sur de la Gran Colombia”: Quito, Cuenca y Guayaquil. “La primera Ley de División Territorial (LDT) de 25 de junio de 1824, estableció que la Gran Colombia se dividía en 12 estados y 3 departamentos: Venezuela (norte), Nueva Granada (Centro) y Quito (sur)” (5).

En Riobamba, en 1830 se establece el marco constitucional para la “República del Ecuador”, en el Art. 1 de la constitución creada declaró que: “Los departamentos de Ecuador, Guayaquil y Azuay quedan reunidos entre sí formando la nueva República del Ecuador”. Esto demuestra que: “el Ecuador se formó por la fusión de 3 departamentos que dieron lugar a las primeras 8 provincias y 33 cantones sin jurisdicción parroquial y no por una trayectoria nacional con raíces históricas como la creencia popular establecía” (5).

La primera LDT del Ecuador, que estableció 13 provincias, 41 cantones, 290 parroquias, 22 pueblos y 4 misiones, fue publicada el 29 de mayo de 1861, la segunda LDT, que aumentó 26 parroquias y redujo un cantón, se aplicó en 1869. La tercera LDT se publicó en 1878 y se estableció 12 islas (incluyendo Galápagos), así como 11 provincias, 43 cantones, 326 parroquias, la zona oriental, el Archipiélago de Colón, 6 territorios, 3 tribus y 19 pueblos (5).

La cuarta LDT, publicada en 1884, creó la Región Oriental, el Archipiélago de Colón, 20 ciudades, 3 tenencias y la Isla de la Plata, además de 15 provincias, 50 cantones, 326 parroquias y 1 viceparroquia (Carchi). La quinta y última LDT, que añadió el Archipiélago de

Colón al Cantón de Santa Elena, fue aprobada en 1897. En cuanto a la construcción de provincias y cantones mediante leyes republicanas y cantones mediante ordenanzas municipales aprobadas por acuerdos ministeriales, esta última ley entró en vigencia y desde entonces ha sido modificada. (5).

Un reajuste territorial importante tuvo lugar mediante una ley publicada el 13 de noviembre de 1911, en el Registro Oficial Nro. 58 en el que “se vuelve a crear la provincia Oriente con 5 cantones (Napo, Curaray, Pastaza, Santiago y Zamora)”. Entre 1925 – 1930 y 1945 – 1950 la organización territorial del Ecuador no experimenta cambios de espacio enfatizando sólo la pérdida selvática debido al conflicto con el Perú durante 1941 – 1942 (5).

En la actualidad, Ecuador está dividido geográficamente en 24 provincias, 221 cantones, 1.499 municipios y tres áreas indefinidas que corresponden a Las Golondrinas, Manga del Cura y El Piedrero. Las cuatro regiones naturales son insular, costera, sierra y amazónica (6).

La evolución de la organización territorial política nacional consolidó la actual territorialización con base administrativa en provincias, cantones y parroquias que ha mantenido su vigencia desde 1861, a partir de la primera LDT, hasta la actualidad. Esta histórica consolidación socio – política tardó 146 años para que el Ecuador pase de 13 a 24 provincias (las más recientes, Santo Domingo de los Tsáchilas y Santa Elena, en 2007) de 41 a 221 cantones y de 290 a 1499 parroquias. Esta transformación territorial progresiva es parte de la identidad plurinacional y multicultural del Ecuador y la administración pública históricamente funcionó en correspondencia con la distribución geopolítica de provincias, cantones y parroquias.

7.2 Antecedentes históricos de la gestión de salud en Ecuador

. La historia de la salud pública en Ecuador se inició el 27 de octubre de 1531, cuando el emperador Carlos V expidió la Real Cédula, que establecía que "Los virreyes, audiencias y gobernadores tendrán especial cuidado de la salud de todos sus reinos, tanto españoles como indígenas". El 25 de noviembre de 1564, don Hernando de Santillán y Figueroa, en su calidad de presidente de la Real Audiencia de Quito, fundó el Hospital Real de Guayaquil. Por otro lado, Fray Ignacio de Quezada, miembro de la Orden de Predicadores de Quito, estableció la primera escuela de medicina en 1688 con la ayuda del Alférez Don Pedro de Aguayo. Tenía un plan de estudios de tres años y contaba con dos instructores. (7) (8).

Con el pasar de los años, el sector salud evidencia una progresiva medicina oficial estableciendo hospitales en diferentes ciudades y constituyendo centros universitarios de enseñanza médica – obstétrica, de esta manera el sector salud empieza a ser administrado por Juntas de Sanidad preocupadas por sus ciudades respectivas (9).

El primer esbozo de administración pública del sector salud fue mediante Juntas Provinciales de Asistencia o Beneficencia Social (1887) que en sus inicios fueron 3 correspondientes a Quito, Guayaquil y Cuenca, siendo la Junta de Beneficencia de Guayaquil, actualmente la única en funciones. A partir de 1913 se establece el “Servicio de Asistencia Pública” (Velasco M., 2011), en 1926 y en respuesta demandas sociales se crea el “Ministerio de Previsión Social y Trabajo que en 1935 incluyó Institutos de Previsión y la Caja de Pensiones (10) (9).

El Servicio Sanitario Nacional establecido en 1948, con sede en Guayaquil, tenía a su

cargo la población en general, mediante Juntas de Beneficencia (Quito, Guayaquil y Cuenca) en tanto los trabajadores lo hacían a través del Departamento Médico de la Caja del Seguro y Sanidad Militar (9).

Con el pasar de los años y a lo largo de modificaciones dentro del marco legal de salud se mantuvo únicamente la Junta de Beneficencia de Guayaquil (fundada en 29 de enero de 1888), la organización no gubernamental sin fin de lucro más grande del Ecuador, que brinda asistencia de salud y educación, entre otros servicios sociales. La Junta actualmente administra 5 hospitales docentes y dispone de la Lotería Nacional como fuente parcial de financiamiento (11).

Mediante Decreto 084, expedido el 6 de junio del mismo año y publicado en la Gaceta Oficial No. 149, la Honorable Asamblea Constituyente, bajo la administración del señor Otto Arosemena Gómez, decretó, en su artículo 19, "la creación del Ministerio de Salud Pública" para velar por los asuntos relacionados con la salud, la asistencia social y la sanidad en general. Antes de la creación del Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Bienestar Social y Trabajo ejercía las mismas funciones (12).

La Caja Nacional de Previsión Social fue creada en 1963 mediante la fusión de la Caja de Seguro y la Caja de Pensiones, y el 25 de julio de 1970, mediante Decreto Supremo No. 40, publicado en el Registro Oficial No. 15 del 10 de julio de 1970, se constituyó en el actual Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). (13) (14).

La Ley del Seguro Social de las Fuerzas Armadas, publicada en el Suplemento de la Gaceta Oficial No. 995 de la misma fecha, el 7 de agosto de 1992, creó el Instituto de Seguridad

Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), que hasta ese momento funcionaba como "Caja Militar" vigilada por la Caja de Pensiones (15).

La Ley de Seguridad Social de la Policía Nacional, promulgada el 9 de mayo y publicada en el Diario Oficial No. 707, creó el Sistema de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) el 1 de junio de 1995 (16).

Es evidente entonces como, desde sus orígenes, el sector salud ecuatoriano adoleció de problemas estructurales de fragmentación y descoordinación que, en general se han mantenido inalterables en el tiempo.

7.3 Salud Pública, regionalización y descentralización.

“La Salud Pública es la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado”. (OPS 2002) (17).

La gestión sanitaria del territorio, elemento crucial para mejorar la salud de una población, requiere la consideración operativa de cuatro componentes fundamentales: población, territorio, recursos y determinantes sociales de la salud. Estos componentes trabajan juntos para formar el concepto de salud pública y su alcance colectivo.

Un modelo asistencial preventivo-promocional basado en la Atención Primaria de Salud (APS) y no un "modelo curativo hospitalario" debe corresponder a la gestión sanitaria y a su aplicación operativa en un espacio territorial, según fuertes y numerosas evidencias. (18).

La histórica Declaración de Alma-Ata de 1978, en la que todas las naciones del mundo se comprometieron a desarrollar sus sistemas de APS para alcanzar "la salud para todos en el año 2000", es reafirmada por la Declaración de Astana (OPS/OMS), firmada el 25 de octubre de 2018. El Plan Nacional de Medicina Rural de Ecuador, instituido en 1970, incluía varios componentes de APS. (19).

En el sector de la salud, la regionalización y la descentralización no son ideas nuevas. La Resolución XV, adoptada por el Consejo Directivo de la OPS en su XXXIII Reunión en septiembre de 1988, sirvió como catalizador del movimiento de descentralización (20).

Operativamente se tradujo en los Sistemas Locales de Salud (SILOS) que en Ecuador tomaron forma con el Modelo de Salud Familiar Integral y Comunitario (SAFIC) en 1988, en un contexto político – sanitario favorable, con un solo ministro de salud en un periodo gubernamental, hecho inédito hasta ahora, que consiguió el funcionamiento de 500 unidades de APS y la creación de 1500 puestos locales de trabajo para profesionales de todo el país (21).

Es importante, en este punto, destacar el pensamiento de uno de los ideólogos, y coordinador de la reunión de Alma Ata, quien precisa “la naturaleza política de la descentralización, condición necesaria para conseguir una regionalización eficaz de los servicios de salud, este proceso obedece a políticas públicas condicionadas a espacios económicos, sociales, ideológicos y culturales” (Tejada D., 2013) que se enmarcan en 2

dimensiones, institucional y territorial, pero se reconocen al menos 4 barreras que condicionan su ejecución: falta de estrategias para materializar y ejecutar procesos a nivel local, ausencia de líderes competentes en correspondencia con la necesidad institucional, inexistencia de sistemas de gestión de información regulada con estrategias de retroalimentación eficaz y la más importante y condicionante de todas las barreras e impedimentos: la resistencia al cambio y transferencia del poder político a todos los niveles (22) (23).

En el sector de la salud, la regionalización y la descentralización no son ideas nuevas. La Resolución XV, adoptada por el Consejo Directivo de la OPS en su XXXIII Reunión en septiembre de 1988, sirvió como catalizador del movimiento de descentralización. (24).

Con referencia explícita al atributo 1 del Modelo de Atención Sanitaria, que reza: "una población y un territorio específicos cuyo conocimiento de las necesidades y preferencias sanitarias determina ampliamente la prestación de servicios sanitarios", la importancia de la regionalización y de la organización geo poblacional asociada se manifiesta en todos los ámbitos (25).

Tabla 1. 14 atributos esenciales de la RISS.

ATRIBUTOS ESENCIALES DE LAS RISS	
MODELO ASISTENCIAL	1. Población y territorio específicos cuyo conocimiento de necesidades y preferencias de salud es ampliamente entendido para determinar la oferta de los servicios de salud
	2. Red de establecimientos de salud extensa que promueve la salud, previene la enfermedad, facilita el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y gestión de enfermedades para integrar los programas estratégicos de salud individual y colectiva.
	3. Primer nivel de atención multidisciplinario que integra y coordina la atención de salud en función a las necesidades de la población.
	4. Servicios especializados de salud preferentemente en entornos extrahospitalarios.
	5. Mecanismos de coordinación asistencial de los servicios de salud.
	6. Atención de salud en base a personal, familia y comunidad respetando las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.
Gobernanza y estrategia	7. Sistema de gobernanza único para la RISS.
	8. Amplia participación social.
	9. Acción intersectorial con abordaje de los determinantes de salud y la equidad en salud.
Organización y gestión	10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico para la salud.
	11. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la RISS.
	12. Sistema de información integrado con especificidad de la información.
	13. Gestión basada en resultados
Asignación e incentivos	14. Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la RISS.

Fuente: Redes integradas de servicios de salud - OPS/OMS (24).

Elaborado por: David Viteri

7.4 Salud en la nueva Constitución del Ecuador (2008)

En línea con sus avances, la Constitución de 2008 reafirmó la declaración de la Constitución de 1998 del derecho a la salud como derecho humano fundamental. Al menos declarativamente, esta obligación, establecida en el Art. 32, sigue vigente. El Art. 360 establece, entre otras cosas, que "El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, la prevención y la atención integral, familiar y comunitaria (...) y promoverá la complementariedad con la medicina ancestral y alternativa", y el Art. 363 especifica que el Estado es responsable de desarrollar políticas de salud pública, asegurar el acceso universal a la salud, mejorar los servicios de salud pública y garantizar los resultados en salud pública. (26).

En la transitoria vigésimo segunda se estipula que: "el financiamiento del SNS incrementará anualmente un porcentaje no menor al 0.5% (USD 240 millones anuales) del Producto Interno Bruto (PIB) hasta alcanzar al menos el 4% y en la transitoria trigésima se especifica que el Estado garantizará el financiamiento de prestaciones sociales, particularmente la de maternidad gratuita y la atención de la infancia" (26).

En el Título V, Capítulo Segundo, Organización Regional del Estado, el artículo 243 establece que "dos o más regiones, provincias, cantones o comunas contiguas podrán unirse y formar mancomunidades para mejorar la gestión de sus competencias e impulsar procesos de integración", y el artículo 244 que "dos o más provincias con continuidad territorial, con una superficie superior a veinte mil kilómetros cuadrados" podrán formar una mancomunidad. (1).

Esta disposición no pudo llevarse a cabo porque las provincias se resistieron a perder su personería jurídica durante más de 200 años, lo que frenó la aplicación de la primera

disposición transitoria, que exigía la aprobación de una ley que regulara la descentralización territorial de los distintos niveles de gobierno. La actual estructura de zonas y distritos, reñida con la dinámica provincial-cantonal que tradicionalmente se ha desarrollado en Ecuador, es resultado de este precedente fallido.

8. Metodología

El estudio comprendió dos componentes metodológicos.

8.1 Investigación y análisis de información documental

De fuentes secundarias, bases legales y normativas institucionales relativas a la conformación de estructuras territoriales de gestión basadas en provincias y AS, así como CZS y DDS.

Se utilizaron documentos tales como: Manual de Organización de las Áreas de Salud (1998), Sistema Regionalizado de Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades de Salud (1999), Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (2010), Manual de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (2012 – 2018), Decretos Ejecutivos, Acuerdos Ministeriales, Interministeriales y de SENPLADES relacionados a la regionalización adoptada a partir del 2012.

8.2 Análisis cualitativo

El segundo componente tiene un enfoque cualitativo con diseño narrativo con base en opiniones subjetivas de informantes calificados, quienes desempeñaron funciones de jefatura de gestión de salud durante el modelo basado en provincias y áreas, así como con las CZS y DDS. Hernández Sampieri et al. expresa que la investigación cualitativa lleva el punto de vista subjetivo que, en este caso, fue de los informantes seleccionados para analizar la temática relacionada (27).

El siguiente esquema permite apreciar una panorámica de la metodología empleada:

Ilustración 1. Esquema general del estudio.



Elaborado por: David Viteri

La muestra es un conjunto de individuos, ocasiones, sucesos, comunidades, etc. que se estudian en el método cualitativo pero que no son necesariamente representativos del universo o población en su conjunto (Hernández et al. 2008, p. 562). Según Martínez-Salgado (2012), una muestra cualitativa busca significados, permitiendo lo que Sandelowski & Barroso (2003) denominan generalización ideográfica. (28) (27).

En este contexto, se seleccionaron diez entrevistados calificados en función de su experiencia de gestión en los dos modelos, como su ámbito territorial procurando representatividad de las regiones del país.

Tabla 2. Entrevistados calificados según profesión, especialidad, provincia de trabajo y región del Ecuador.

Participantes seleccionados			
Profesión	Especialidad	Provincia	Región
Enfermero/a	Especialista en Gerencia y Planificación Estratégica de Salud - Máster en Gerencia de Salud para el desarrollo local	Imbabura - Pichincha	Sierra
	Máster en Salud Familiar	Imbabura	
Médico/a	Magíster en Salud Familiar – Especialista en Gerencia de Servicios de Salud	Carchi - Imbabura	
	Máster en Epidemiología y Salud Colectiva - Especialista en Administración en Salud	Pichincha	
	Máster en Salud Pública - Diplomado superior en Epidemiología en Acción	Loja	
	Máster en Salud Pública - Máster en Epidemiología Clínica	Bolívar	
	Máster en Salud Pública - Máster sobre infección por VIH/SIDA - Especialista en Auditoría de Servicios de Salud	Guayas - Santa Elena	
	Diplomado en Salud Pública - Diplomado superior en Salud y Terapias Integrativas - Magíster en Investigación de Políticas Públicas	Galápagos	Insular
Odontólogo/a	Especialista en Gerencia de Servicios de Salud	Napo	Amazonía
	Máster en Salud Pública	Zamora Chinchipe	

Elaborado por David Viteri

Los entrevistados desempeñaron funciones directivas en planta central, directores o jefes departamentales provinciales de salud, directores de áreas de salud, coordinadores zonales de salud, directores distritales de salud, analistas distritales de salud, entre otras funciones.

Se elaboró un guion semiestructurado para entrevista abierta en función a los componentes del MAIS – FCI y a las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que incluyó cuatro ámbitos: provisión de servicios de salud, organización, gestión y financiación de la salud a nivel territorial.

Previo a la realización de entrevistas según el cronograma con los participantes seleccionados se ejecutó la prueba del instrumento con dos profesionales de salud, que la validaron: uno con experiencia tanto en la gestión de salud anterior como actual y otro con experiencia exclusiva en la gestión de salud actual. Esta prueba se ejecutó con la finalidad de la comprensión semántica de las catorce preguntas y la medición del tiempo estimado para cada entrevista.

Los participantes calificados para ser entrevistados fueron contactados e informados de esta investigación a realizar y todos aceptaron verbalmente su participación voluntaria, posteriormente se envió la carta de invitación, consentimiento informado y guion semiestructurado con las catorce preguntas a sus correos personales y vía WhatsApp para ser revisados previos a la entrevista. Se coordinó las fechas y horario de entrevistas según disponibilidad mutua entre el participante y el entrevistador, se realizó un cronograma de sesiones de entrevista para ser grabadas previa autorización y se anticipó a cada participante sobre la entrevista en cuestión enviando el enlace electrónico para la reunión en la plataforma ZOOM.

En cada entrevista se respondieron las catorce preguntas previamente socializadas, se cumplieron los tiempos aproximados para cada sesión y posteriormente se procedió a la grabación digital y transcripción de cada una de ellas para luego analizar cada respuesta desde el punto de vista subjetivo buscando una comparación de las ventajas e inconvenientes de cada modelo de gestión considerado.

9. Resultados

9.1 Gestión territorial de salud en Ecuador 1967-2012

Las Jefaturas Sanitarias fueron creadas el 29 de abril de 1992, mediante Decreto Ejecutivo 3292, publicado en el Diario Oficial No. 932 el 11 de mayo de 1992. Estas jefaturas sirven de base a los servicios del MSP y funcionan regionalmente. (29) (30).

De conformidad con la disposición transitoria cuarta del Reglamento Orgánico Funcional del Ministerio de Salud Pública expedido por acuerdo ministerial Nro. 1587 de 9 de diciembre de 1986 en el Registro Oficial Nro. 588 de 19 del mismo mes y año se faculta a la Dirección General de Salud a través de la Dirección de Planificación, la elaboración de los Reglamentos Orgánicos Funcionales de las Direcciones Provinciales de Salud de todo el país (31).

Las AS se establecen el 29 de abril de 1992 y se las considera el nivel institucional primario del MSP (32).

Con la creación de las AS que tenían bajo su administración técnico – operativa a unidades de primer, segundo y tercer nivel, la salud se gestionaba cantonalmente y a su vez cada AS rendía cuentas a las direcciones provinciales respectivas. De esta manera la gestión sanitaria territorial provincial se realizaba bajo jurisdicción de las direcciones provinciales y la gestión cantonal bajo jurisdicción de las AS (33).

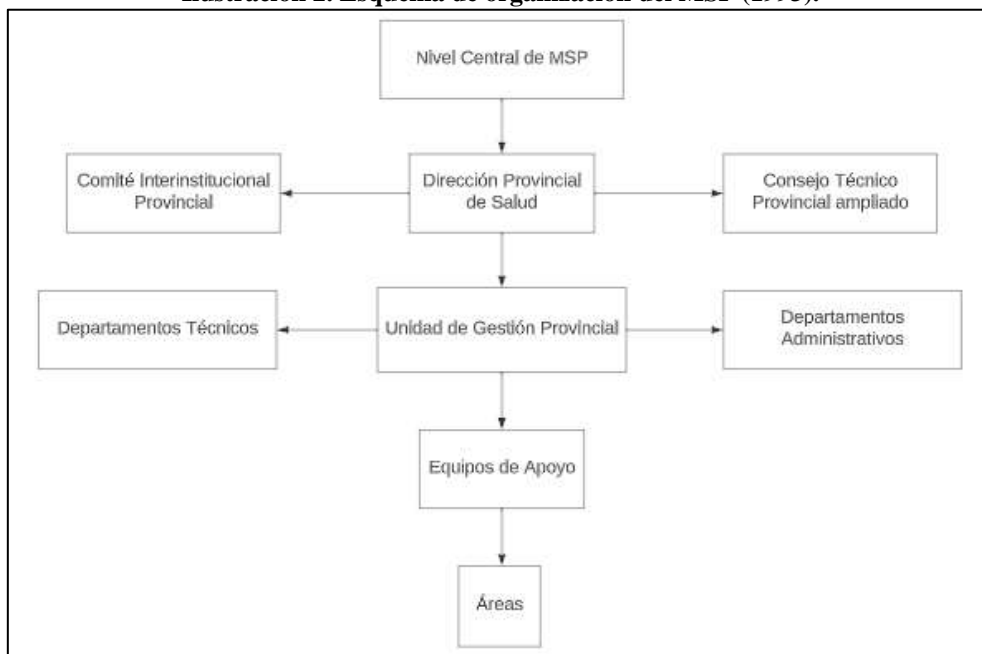
Los esfuerzos institucionales por fortalecer la descentralización y el trabajo coordinado entre los Territorios Sanitarios y los Municipios, sentaron las bases para la creación de los

Consejos Cantonales de Salud, que se regirían por la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS), la cual fue publicada en el Registro Oficial No. 670 el 25 de septiembre de 2002. (34).

El artículo 62 de la citada ley establece que "el Consejo Cantonal de Salud es un organismo público, de carácter funcional, con autonomía administrativa, que coordina la ejecución y gestión de las políticas y planes de salud a nivel cantonal"; la creación del Plan Estratégico Cantonal de Salud figura como una de sus funciones, y el artículo 7 señala que "contará con presupuesto y financiación propios..." (34).

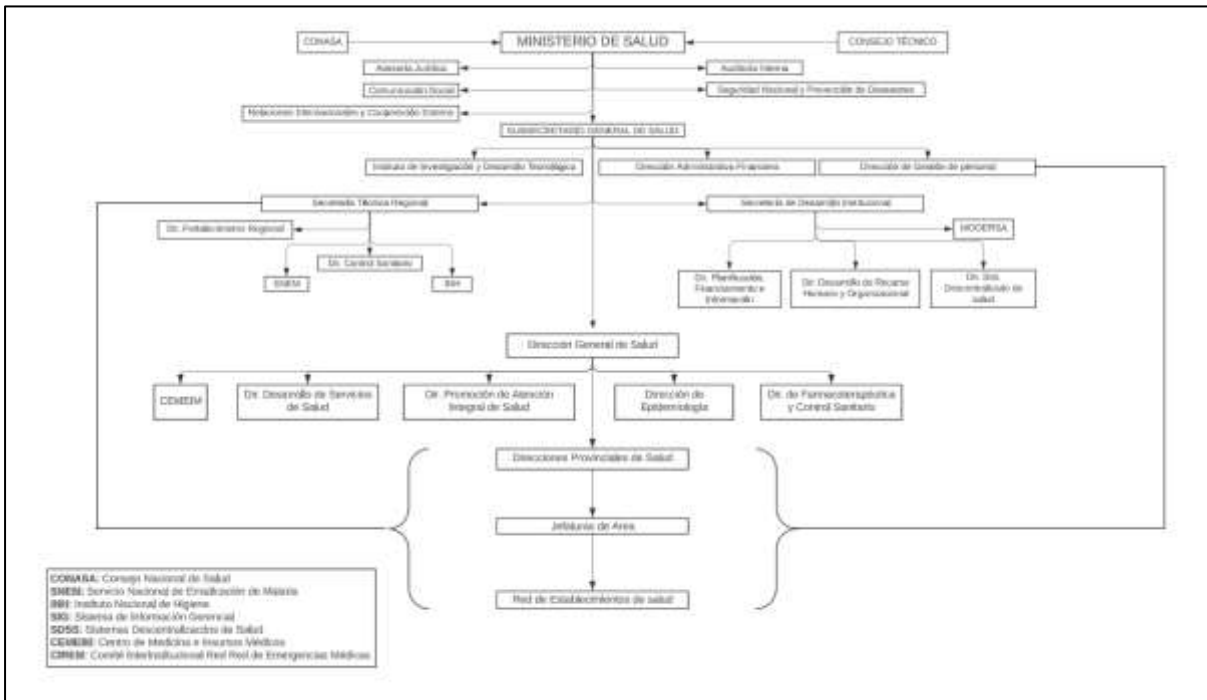
La organización comprendía tres niveles: nacional (planta central); provincias (Direcciones provinciales) y Áreas de Salud (35).

Ilustración 2. Esquema de organización del MSP (1993).



Fuente: MSP. Manual de Organización de las Áreas de Salud (1993) (33).
Elaborado por: David Viteri

Ilustración 3. Organización del MSP (Estructura de transición) (1998)



Fuente: MSP. PLAN DE GOBIERNO EN SALUD – Lineamientos Generales 1998 – 2002 (36).
Elaboración por: David Viteri.

Ilustración 4. Organización del MSP (2010)



Fuente: MSP. Estructura Organizacional. Marzo 2010 (37).

Nivel provincial

Ilustración 5. Estructura orgánica de Dirección Provincial de Salud (2008)

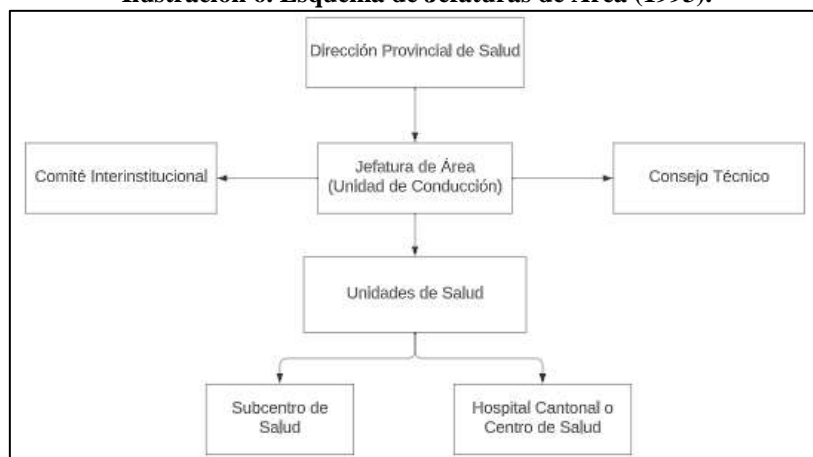


Fuente: MSP. Estructura Organizacional - Ministerio de Salud Pública (2008) (38).

El nivel provincial se componía de: Dirección Provincial de con jurisdicción técnico – administrativa sobre las AS respectivas (35).

Nivel Local

Ilustración 6. Esquema de Jefaturas de Área (1993).

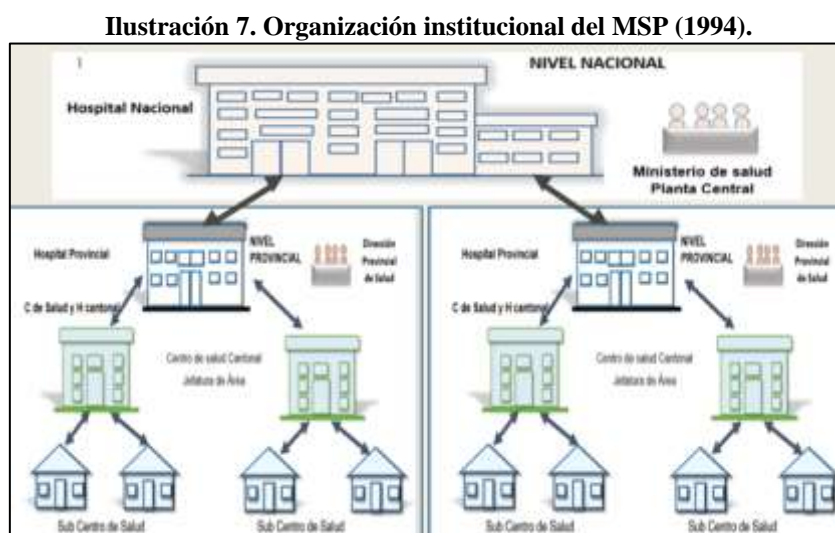


Fuente: MSP. Manual de Organización de las Áreas de Salud (1993) (33).

Elaborado por: David Viteri

El nivel *Área de Salud* es el módulo fundamental de los establecimientos de salud, donde la unidad de mayor complejidad es la sede de las Jefaturas de Área que, a su vez, se conforma de Comité de Coordinación Interinstitucional y Comité Técnico de Área. En función a criterios geográficos – poblacionales y socio – económicos – culturales se llegaron a conformar 184 áreas de salud conformadas por los establecimientos de la red de salud. (35).

La visión integrada de los niveles administrativos y niveles de atención del MSP puede apreciarse en la siguiente gráfica:



Fuente: MSP. Manual de Organización de las Áreas de Salud (1994) (39).

9.2 Organización del MSP con base en Zonas y Distritos

El MSP organizó su presencia institucional en CZS y DDS en 2013. La tipología para la homologación de las Direcciones Distritales de Salud y la estructura orgánica de las Coordinaciones Zonales, descritas en el "Estatuto Orgánico de Gestión Territorial por Proceso", fueron dadas a conocer en 2014 mediante el Acuerdo Ministerial No. 4864 del 16 de mayo del mismo año (40).

El MSP (Constitución 2008 y COOTAD 2010) funciona de acuerdo con el tipo 2, que

tiene una desconcentración significativa y una descentralización mínima. Se distingue por una baja incidencia de la descentralización y la articulación de procesos, productos y servicios. Esto lo enmarca con la rareza de que toda la gestión se realiza a nivel central, incluyendo la planificación, coordinación y gestión local y regional. Para facilitar la prestación de servicios intersectoriales, los Ministerios de Educación (MDE), Inclusión Económica y Social (MIES) y Trabajo (MDT) utilizan la misma tipología. (41).

Ilustración 8. Estructura territorial del Sistema de Salud de Ecuador.



Fuente: ISAGS. Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad (2012) (41).

El Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública fue publicado en la Edición Especial de la Gaceta Oficial N° 118 del 31 de marzo de 2014, en cumplimiento del Decreto Ministerial N° 4520 del 13 de noviembre (42).

Este cambio en la gestión territorial se enmarcó en otros cambios institucionales, cuya conveniencia debería ser materia de análisis y evaluación, entre los que se destacan:

Tabla 3. Creación de Instituciones adscritas al MSP

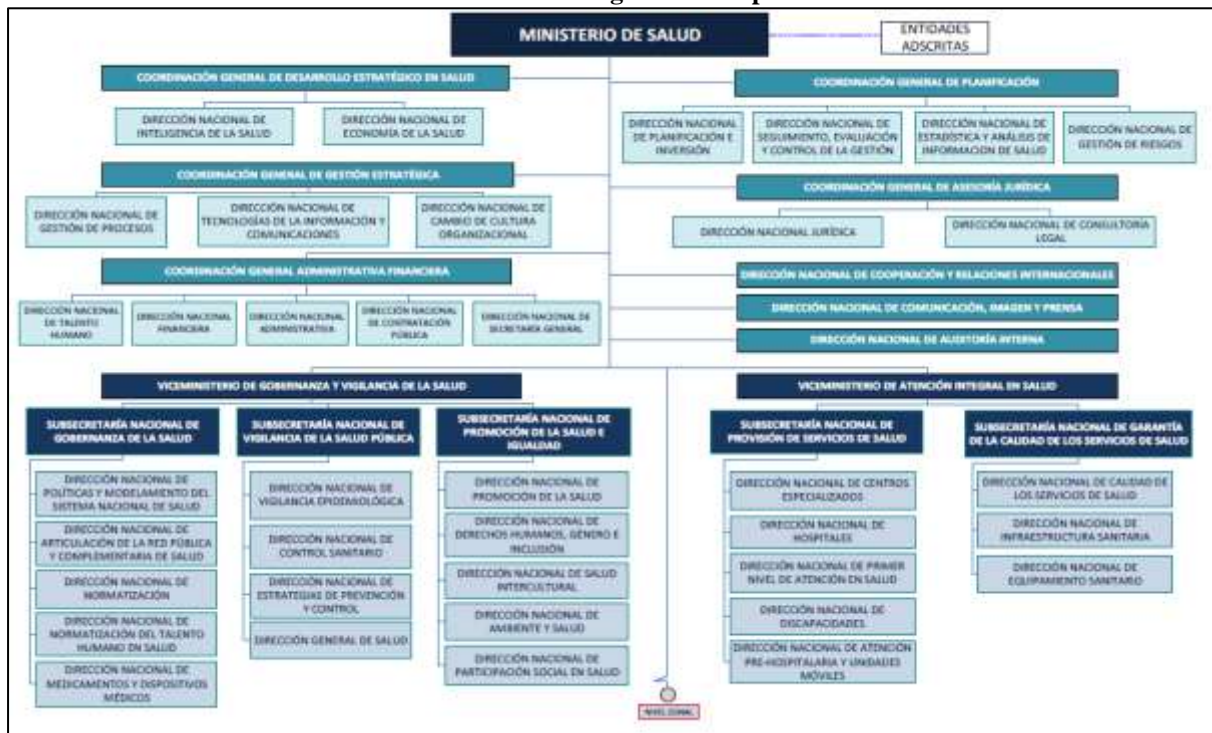
Otros cambios institucionales en MSP			
Institución anterior	Año de creación	Institución actual	Año de cambio
Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical "Dr. Leopoldo Izquieta Pérez"	1941	Instituto Nacional de Salud Pública e Investigaciones (INSPi)	2012
		Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA)	
-	2013	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS)	-
Sistema Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM)	1970	Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública	2014

Fuente: REFORMA INTEGRAL A LA REFORMA DEL CÓDIGO ORGÁNICO SUSTITUTIVO DE LA GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS (2022) (43).

Elaborado por: David Viteri

Planta Central

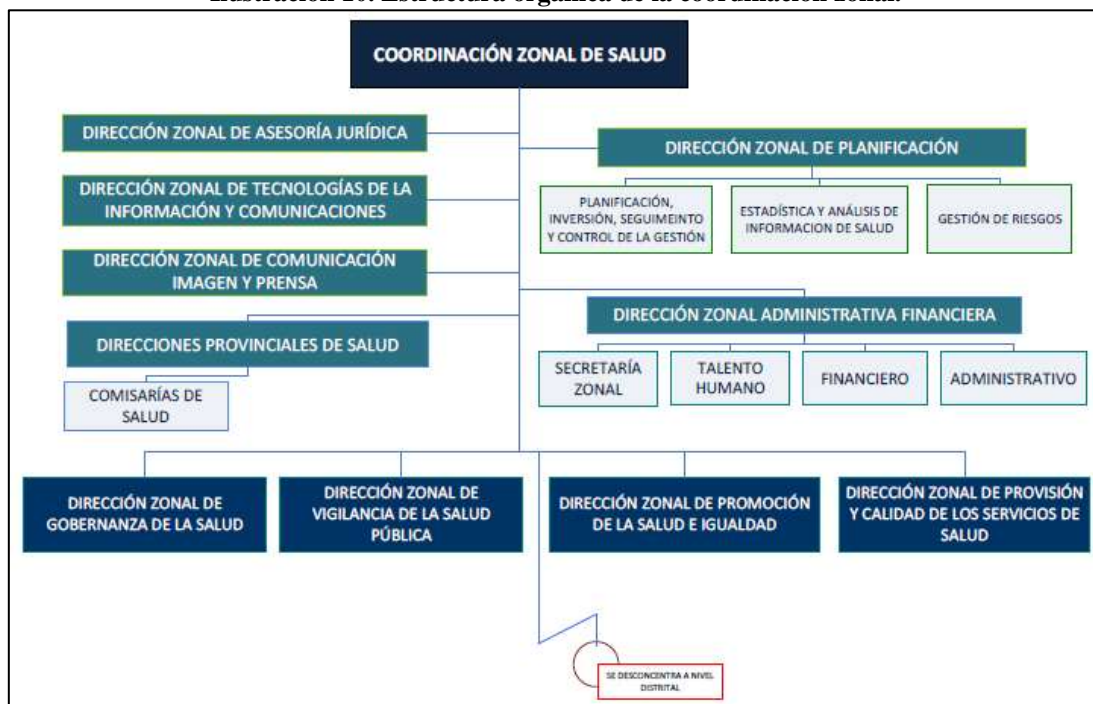
Ilustración 9. Estructura orgánica de la planta central.



Fuente: ESTATUTO ORGÁNICO SUSTITUTIVO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2014) (43).

Coordinación Zonal

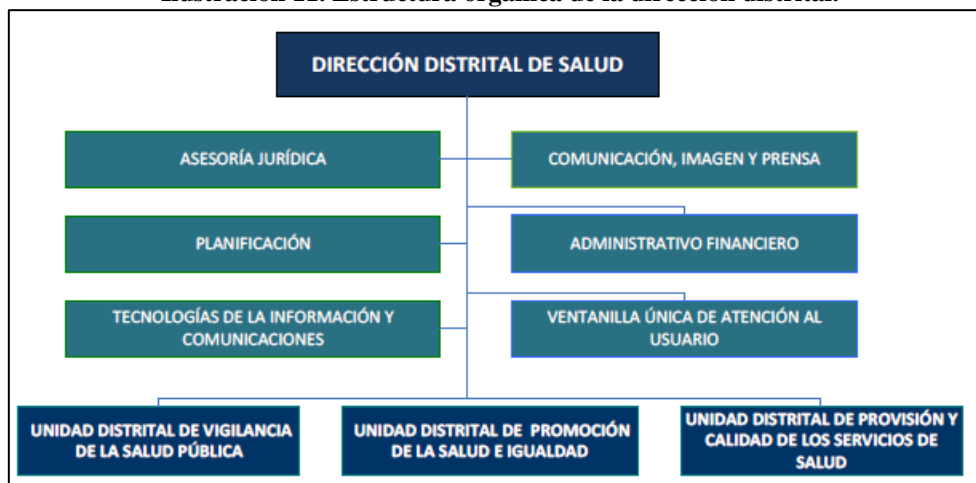
Ilustración 10. Estructura orgánica de la coordinación zonal.



Fuente: ESTATUTO ORGÁNICO SUSTITUTIVO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2014) (43).

Dirección Distrital

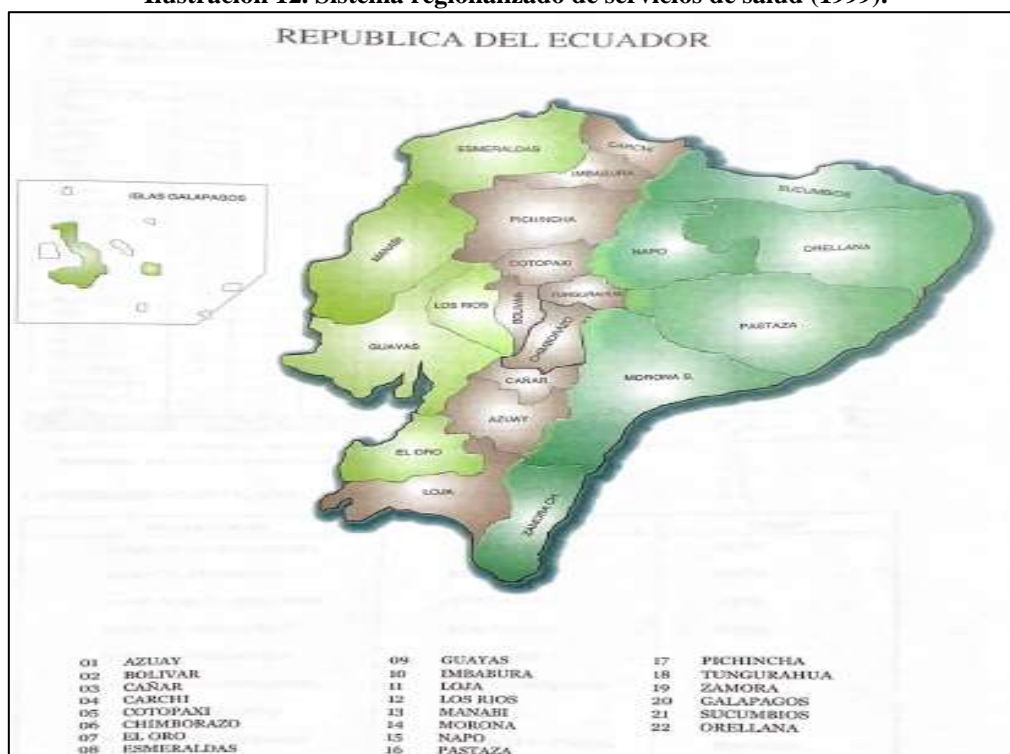
Ilustración 11. Estructura orgánica de la dirección distrital.



Fuente: ESTATUTO ORGÁNICO SUSTITUTIVO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2014) (43).

9.3 Conformación de Direcciones Provinciales y Áreas de Salud

Ilustración 12. Sistema regionalizado de servicios de salud (1999).



Fuente: MSP. SISTEMA REGIONALIZADO DE SERVICIOS DE SALUD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LAS UNIDADES DE SALUD (35).

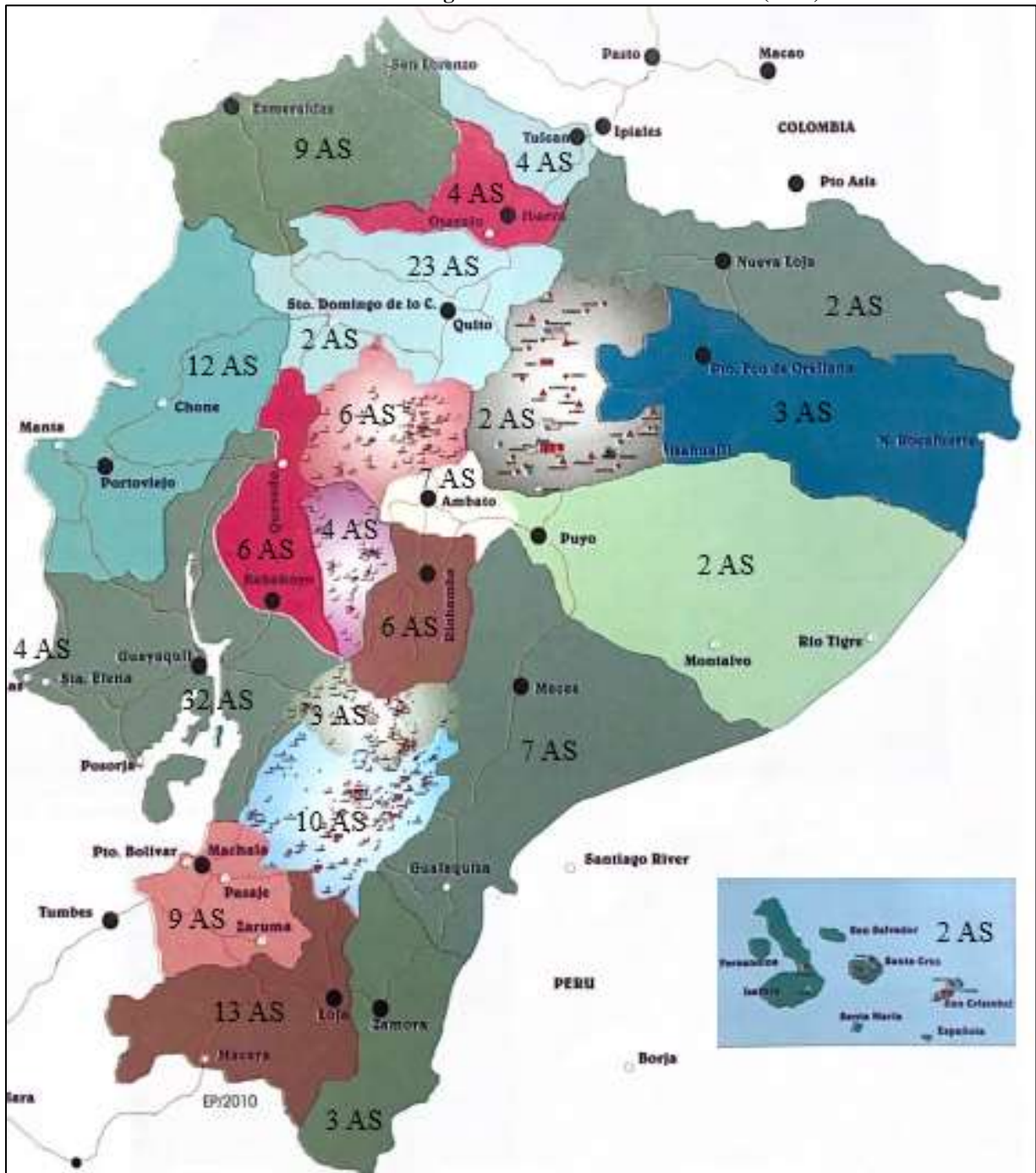
Tabla 4. Direcciones provinciales y Áreas de salud.

PROVINCIA	Áreas de Salud
1 Azuay	10
2 Bolívar	4
3 Cañar	3
4 Carchi	4
5 Cotopaxi	6
6 Chimborazo	6
7 El Oro	9
8 Esmeraldas	9
9 Guayas	32
10 Imbabura	4
11 Loja	13
12 Los Ríos	6
13 Manabí	12
14 Morona Santiago	7
15 Napo	2
16 Pastaza	2
17 Pichincha	23
18 Tungurahua	7
19 Zamora Chinchipe	3
20 Galápagos	2
21 Sucumbíos	2
22 Orellana	3
23 Santo Domingo de los Tsáchilas	2
24 Santa Elena	4
TOTAL	175

Fuente: MSP. MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZADO DE LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LAS UNIDADES OPERATIVAS POR NIVELES (44).

Elaborado por: David Viteri

Ilustración 13. Sistema regionalizado de servicios de salud (2010).



Fuente: MSP. MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZADO DE LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LAS UNIDADES OPERATIVAS POR NIVELES (44).
Elaborado por: David Viteri

El detalle de conformación de direcciones provinciales y áreas de salud se presenta en el anexo VI.

9.4 Conformación de coordinaciones zonales y direcciones distritales de salud.

La gestión territorial de salud está regionalmente horizontalizada (SENPLADES, 2015) y actualmente se encuentra administrada por 9 coordinaciones zonales y 94 direcciones distritales de salud.

La matriz de competencias y el modelo de gestión institucional del Ministerio de Salud Pública fueron objeto de informe aprobatorio de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) en 2018. El Ministerio de Salud Pública propone el rediseño de la estructura institucional a nivel central, zonal, distrital y de oficinas técnicas, emitiendo la reforma del Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública en 2021, según este informe. El Ministerio de Salud Pública es la Autoridad Sanitaria Nacional y una institución dependiente del presupuesto general del Estado (45).

Mediante el Acuerdo Ministerial Nro. 077 de 27 de diciembre de 2022 se establece la reorganización de la presencia institucional del MSP en 140 direcciones distritales bajo administración de 9 CZS. Esta modificación territorial se fundamentó en función a un análisis de 3 ejes: capacidad institucional, territorio y priorización de salud (46).

Tabla 5. Coordinaciones Zonales y Direcciones Distritales de Salud por Provincia.

Zonas de Planificación en Salud				
Coordinaciones Zonales de Salud (CZS)				
CZS	Sede	Provincias	Direcciones Distritales de Salud (DDS)	Subtotal
CZS - 1	Ibarra	Carchi	3	4 Provincias y 16 DDS.
		Imbabura	3	
		Esmeraldas	6	
		Sucumbíos	4	
CZS - 2	Tena	Pichincha (rural)	3	3 Provincias y 6 DDS.
		Napo	1	
		Orellana	2	
CZS - 3	Riobamba	Cotopaxi	4	4 Provincias y 10 DDS.
		Tungurahua	2	
		Chinborazo	2	
		Pastaza	2	
CZS - 4	Manabí	Manabí	9	2 Provincias y 10 DDS.
		Santo Domingo de los Tsáchilas	1	
CZS - 5	Milagro	Bolívar	3	4 Provincias y 17 DDS.
		Guayas	8	
		Los Ríos	5	
		Galápagos	1	
CZS - 6	Cuenca	Azuay	4	3 Provincias y 12 DDS.
		Cañar	3	
		Morona Santiago	5	
CZS - 7	Loja	El Oro	6	3 Provincias y 17 DDS.
		Loja	7	
		Zamora Chinchipe	4	
CZS - 8	Guayaquil	D.M. de Guayaquil	4	1 Provincias y 4 DDS.
CZS - 9	Quito	D.M. de Quito	2	1 Provincias y 2 DDS.
Total		9 CZS y 94 DDS para 24 provincias.		

Fuente: MSP. Directorio de Coordinaciones Zonales, Direcciones Distritales y Oficinas técnicas – Ministerio de Salud Pública (2022) (47).

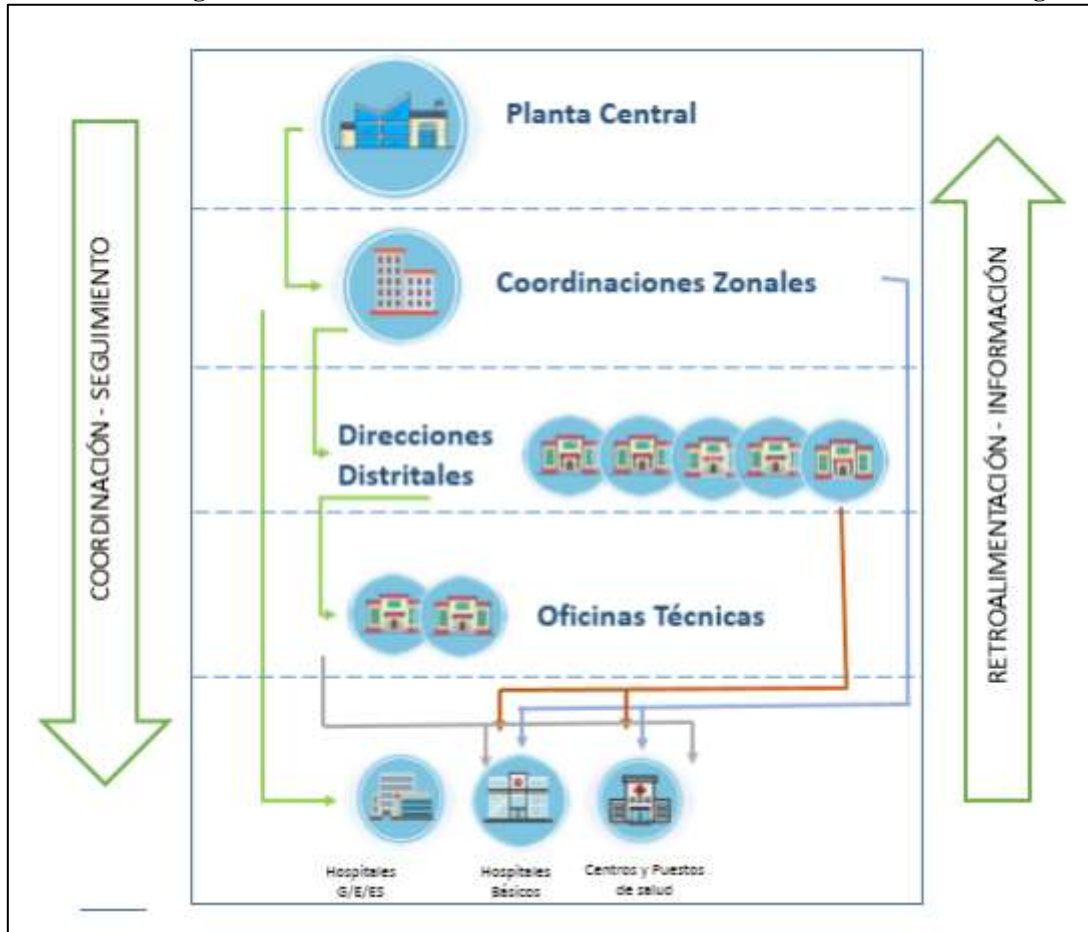
Elaborado por: David Viteri

Ilustración 14. Zonas de planificación de organización territorial del Ecuador.



Fuente: Agenda Zonal 4 Pacífico 2013-2017 (SENPLADES, 2015) (48).
Elaborado por: David Viteri

Ilustración 15. Organización Institucional Ministerio de Salud Pública del nuevo modelo de gestión



Fuente: MSP. Modelo de gestión institucional (2022) (49).
Elaborado por: Dirección Nacional de Gestión de Procesos

El detalle de conformación de CZS y DDS se presenta en el anexo VII.

9.5 Resultados de la investigación cualitativa

Se realizaron diez entrevistas según un orden de planificación. En todas se usó la plataforma ZOOM y tuvieron una duración de entre cincuenta minutos hasta una hora con veinte minutos realizadas a lo largo de siete días. Se dispone de diez grabaciones completas y diez transcripciones de las entrevistas correspondientes. En cada entrevista se respondieron catorce preguntas y posteriormente se realizó un análisis de cada respuesta. Las respuestas individuales y en conjunto.

Tabla 6. Guion semiestructurado para entrevista.

OBJETIVO ESPECÍFICO	TÉCNICA	ÁMBITOS DE GESTIÓN	GUIÓN SEMIESTRUCTURADO
Caracterizar el perfil profesional de cada participante seleccionado para ser entrevistado.	Ficha profesional	Edad, género, profesión, provincia de trabajo, profesión, posgrado y principales cargos ocupados relacionados con el estudio	
Indagar las percepciones de los informantes calificados sobre la gestión territorial de la salud pública en Ecuador, en los periodos de estudio.	Entrevista a profundidad	Población y territorio	¿En qué medida la actual organización territorial de salud en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), mediante Coordinaciones Zonales y Distritos, facilita la gestión de programas preventivos de salud pública, tales como vacunación y otros materno infantiles, en aspectos como dotación de biológicos, insumos y suministros; y registro de información y coberturas?
			¿Advierte usted diferencias en los aspectos señalados, con la organización territorial del MSP antes de 2012, mediante Direcciones Provinciales y Áreas de Salud?
			¿Cuáles serían, a su juicio, las principales diferencias, y de qué manera pueden haber influido sobre la gestión de programas de salud pública?
		Red de establecimientos de salud	¿Qué grado de fluidez tiene la circulación de pacientes dentro de la red de establecimientos del Ministerio de Salud? ¿Y con qué grado de fluidez se evidencia la coordinación asistencial con otros establecimientos, en particular de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social?
			¿Como funcionan, a su juicio, las referencias y contrarreferencias? ¿Puede establecer algunas diferencias con la gestión anterior?
	Participación ciudadana	¿Cuál es, a su juicio, el grado de participación social en salud, en los actuales espacios de gestión territorial?	
	Trabajo intersectorial	¿Advierte usted diferencias con la forma en la que se desarrollaba en los espacios de gestión territorial anteriores?	
		¿Favorece la actual territorialización el trabajo intersectorial, con Gobiernos Autónomos Descentralizados, especialmente Municipales y Parroquiales? ¿Establece usted diferencias con la organización anterior? ¿Puede ensayar algún ejercicio de	

			valoración?
		Gestión	Frente a situaciones, por ejemplo, de necesidad de pintura de Centros de Salud tipo A. ¿Qué nivel (Unidad de Salud, Distrito, Zona o Planta Central) está en capacidad autónoma de cubrir tal necesidad?
			Frente a situaciones, por ejemplo, de necesidad de contratar personal para la gestión o provisión de servicios a nivel local. ¿Qué nivel (Distrito, Zona o Planta Central) determina la necesidad de dicho personal, selecciona al personal y/o realiza la contratación respectiva?
			¿Considera usted adecuado o excesivo el número de reportes que periódicamente se envían desde: el distrito a la zona; del distrito a planta central y desde la zona a planta central?
			¿Considera adecuado o insuficiente el número de visitas de supervisión técnica que se realiza desde los distritos a unidades de salud y desde zonas y planta central a zonas y distritos?
		Visión integrada	¿Establece usted diferencias con la organización territorial anterior en los aspectos señalados en las preguntas 9, 10, 11 y 12? ¿Puede ensayar algún ejercicio de valoración?
			Con base en las preguntas precedentes ¿Qué recomendaciones tendría para mejorar la gestión territorial de salud en el país?

Elaboración propia.

9.5.1 Análisis de cada pregunta del guion semiestructurado

- Pregunta uno: *¿En qué medida la actual organización territorial de salud en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), mediante Coordinaciones Zonales y Distritos, facilita la gestión de programas preventivos de salud pública, tales como vacunación y otros materno infantiles, en aspectos como dotación de biológicos, insumos y suministros; y registro de información y coberturas?*

La totalidad de entrevistados creen que la actual gestión territorial de salud no es la más adecuada referente a la facilitación de ejecución de programas estratégicos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad debido a que la zonificación vigente no mantiene una lógica geográfica y eso dificulta la gestión sanitaria debido a la distancia y tiempo que tarda el personal de cada nivel de prestación de servicios de salud en supervisar los niveles inferiores correspondientes. También se considera que: “una de las etiologías para la dificultad de

ejecución de programas estratégicos de salud es la ausencia de un análisis socio – económico nacional para reconsiderar la zonificación territorial” ... y “el cambio de gestión fue realizado bajo exclusivamente criterios administrativos mas no contrastando la realidad nacional con la factibilidad operativa de la ejecución geográfica” (E). Se hace referencia a que la actual gestión territorial de salud necesita aumentar la presencia institucional del Ministerio de Salud Pública puesto que se evidencia una disminución evidente del acceso a servicios sanitarios por parte de las comunidades rurales. Respecto al tema de inmunización y coberturas respectivas la totalidad de entrevistados concuerdan con que actualmente se evidencian porcentajes menores a los obtenidos en la gestión previa. Se refiere que: “el cambio de gestión del “Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)” a la “Estrategia Nacional de Inmunizaciones (ENI)” profundizó la centralización de la logística que llevo consigo una zonificación de los bancos de vacuna que, a comparación con la regionalización de los mismos en la gestión de salud previa, hoy se evidencian bajas coberturas de inmunizaciones y programaciones incorrectas de estrategias o entrega de vacunas donde el desenlace final siempre es un exceso de insumo biológico y/o una proximidad de caducidad del mismo al momento de su entrega” (C). También se explica que: “No existe lógica territorial para la gestión de insumos biológicos a partir de coordinaciones zonales hacia las direcciones distritales de salud” (A). La totalidad de entrevistados refiere que respecto a la gestión de entrega – recepción de insumos y suministros varios existe un conflicto logístico debido a la dificultad de acceso geográfico de direcciones distritales hacia coordinaciones zonales y se enfatiza que en la gestión previa existía una menor centralización de estos procesos administrativos.

- Pregunta dos: *¿Advierte usted diferencias en los aspectos señalados, con la organización territorial del MSP antes de 2012, mediante Direcciones Provinciales y Áreas de Salud?*

La totalidad de entrevistados concuerdan que la gestión territorial de salud actual es discordante respecto la distribución geográfica de las regiones, provincias, cantones y parroquias del país. Existe un total acuerdo referente a la gestión de salud previa puesto que al llevar concordancia con la geografía nacional se facilitaba el desempeño técnico – administrativo institucional. La gestión de salud anterior fue mayormente eficaz a comparación con la actual debido a que cada provincia presenta necesidades y dinamismo epidemiológico propios, por consiguiente, la gestión organizada en áreas y direcciones provinciales de salud ejecutaba intervenciones eficaces debido a que existía un mayor conocimiento del territorio bajo su jurisdicción. La gestión de salud de las direcciones provinciales facilitaba el contacto estrecho con las autoridades locales. Se explican dos problemáticas complejas en el ámbito de la salud. “La contratación de autoridades sanitarias se debe a favores políticos y no se considera seriamente la experticia que requiere el cargo de los postulantes” (J). No existe una carrera sanitaria y se hace referencia enfática a la complejidad del manejo de información actual debido a la discordancia de presentación y flujo de datos obtenidos entre el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) puesto que este último presenta datos organizados por provincia, cantón y parroquias mientras que las coordinaciones zonales los presentan acorde a una zonificación horizontal de grupos de provincias siendo algunas coordinaciones zonales como la nueve y cinco los ejemplos discordantes más obvios de la gestión sanitaria actual.

- **Pregunta tres: *¿Cuáles serían, a su juicio, las principales diferencias, y de qué manera pueden haber influido sobre la gestión de programas de salud pública?***

Se concuerda explícitamente que la principal diferencia entre la gestión sanitaria actual y previa fue la facilidad de interacción entre los diferentes niveles de prestación de servicios de salud en función a la zonificación coherente con la administración geopolítica del Ecuador además de visualizar positividad en el cambio de gestión territorial sanitaria actual argumentando que: “existe un mayor alcance de la educación sanitaria hacia las mujeres quienes, en la mayoría de casos, al ser cabeceras de familia crean una corresponsabilidad sanitaria en el ámbito familiar – colectivo” (B). Se explica que en la gestión de salud actual la educación y los avances tecnológicos son usados para facilitar el diagnóstico y tratamiento de diversas patologías más prevalentes en el Ecuador. La actual gestión sanitaria al llevar una compleja jurisdicción territorial complica el cumplimiento de estrategias sanitarias debido a la dificultad de logística interprovincial. Actualmente no se gestionan capacitaciones profesionales constantes y el contingente sanitario constantemente se encuentra en sobrecarga laboral en todos los niveles de prestación de servicios sanitarios. “Durante la gestión sanitaria previa se constataron los “pagos de viáticos” que al ser derechos del trabajador ante la ley servían también de incentivos para el cumplimiento de estrategias sanitarias sin que importe el lugar para ejecutarlas” (B). “Los porcentajes de coberturas de inmunización durante la gestión anterior fueron mayores debido a la facilidad de ejecución, seguimiento y evaluación de las estrategias” (D).

- Pregunta cuatro: *¿Qué grado de fluidez tiene la circulación de pacientes dentro de la red de establecimientos del Ministerio de Salud? ¿Y con qué grado de fluidez se evidencia la coordinación asistencial con otros establecimientos, en particular del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social?*

Se concuerda que la fluidez de usuarios dentro de los establecimientos pertenecientes a

la red pública integral de salud en la gestión anterior fue más rápida debido a la facilidad de gestión local entre áreas y direcciones provinciales y también se enfatiza el actual y mantenido desabastecimiento como una posible etiología de la dificultad de fluidez actual. La burocratización sanitaria y la centralización de procesos promueven dificultad de acceso a los servicios sanitarios demostrando actualmente una escasa mejoría referente a la fluidez de pacientes entre los establecimientos de la red pública integral de salud. Todos los participantes concuerdan con la idea de que la corrupción en la gestión actual de salud es más explícita. “Con la firma del Convenio Marco en 2012 se establece el marco técnico – legal para la Red Pública Integral de Salud que entró en vigencia entre 2015 hasta 2025 y ha facilitado el control de la gestión sanitaria debido al uso de herramientas tecnológicas que regulan el flujo de pacientes facilitando la ejecución de pagos interinstitucionales” (F). Los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria han sido los principales actores de la facilitación de flujo de pacientes dentro de la Red Pública Integral de Salud. “Durante la gestión de salud anterior existía un “cobro voluntario” explicando que “pagaba quien podía sin obligar a nadie” por la atención sanitaria, las ganancias generadas servían para la autogestión directa del establecimiento de salud y posteriormente este dinero pasó a ser tomado por las respectivas áreas de salud donde aparecieron los primeros esbozos de corrupción y disminuyó considerablemente el abastecimiento de recursos por autogestión” (G). La falta de profesionales sanitarios y especialistas médicos es una de las razones que repercute directamente en la lenta fluidez de los usuarios dentro de la red de establecimientos de salud.

- Pregunta cinco: *¿Como funcionan, a su juicio, las referencias y contrarreferencias? ¿Puede establecer algunas diferencias con la gestión anterior?*

Actualmente se evidencia una mayor fluidez referente al manejo de referencias,

contrarreferencias y referencias inversas de usuarios de servicios de salud. La gestión actual de referencias y contrarreferencias no es facilitada por la actual jurisdicción territorial de las coordinaciones zonales. “Existen buenas ideas, pero no pasan de estar solamente escritas” (F). Para incrementar la fluidez de usuarios de servicios sanitarios respecto a la gestión de referencias y contrarreferencias se debería reevaluar las redes de salud pública y sectorizar responsabilidades sanitarias de forma coherente con la distribución geopolítica del Ecuador.

- **Pregunta seis: *¿Cuál es, a su juicio, el grado de participación social en salud, en los actuales espacios de gestión territorial?***

La gestión actual de salud demuestra explícitamente que el grado de participación social a favor de la salud depende del interés político en cuestión. “Siempre ha existido un interés sincero por la salud comunitaria pero actualmente esto se distorsiona por la política de por medio” (E). “El grado de participación social ha disminuido considerablemente desde el cambio de gestión territorial en salud a partir del 2012” (F). La gestión territorial en salud previa a 2012 demostraba ser más activa y solidaria pues el compromiso de la comunidad incluso se demostraba con colaboración económica. Durante los años 2014 a 2016 con la estrategia de los Técnicos en Atención Primaria de Salud (TAPS) la participación ciudadana no fue honesta sino más bien fueron puestos seleccionados de forma política y no fueron personas elegidas por la misma comunidad. “La participación social en la gestión de salud anterior fue llevada a cabo por los Gobiernos Autónomos Descentralizados Parroquiales (GADP) y que actualmente faltan incentivos para continuar haciéndolo” (B).

- **Pregunta siete: *¿Advierte usted diferencias con la forma en la que se desarrollaba en los espacios de gestión territorial anteriores?***

La totalidad de entrevistados concuerdan en que el desarrollo de la actual gestión territorial de salud presenta discordancias a comparación de la gestión territorial efectuada por áreas y direcciones provinciales de salud puesto que el trabajo intersectorial en la gestión anterior se lo realizaba con mayor facilidad y recibía apoyo externo además de la obvia eficacia al momento de planificar, ejecutar, supervisar y evaluar estrategias de salud comunitaria debido a la coherencia entre el territorio a intervenir y el territorio bajo la jurisdicción de la dirección provincial. Durante la gestión de salud previa existía un apoyo internacional hacia las alcaldías correspondientes lo cual creaba un compromiso participativo en beneficio de la salud pública. “Actualmente el trabajo se ejecuta mediante “mesas intersectoriales” y la falta de presupuesto para proyectos de salud por parte de entidades ajenas al Ministerio de Salud siempre está presente” (B).

- Pregunta ocho: *¿Favorece la actual territorialización el trabajo intersectorial, con Gobiernos Autónomos Descentralizados, especialmente Municipales y Parroquiales? ¿Establece usted diferencias con la organización anterior? ¿Puede ensayar algún ejercicio de valoración?*

La totalidad de entrevistados concuerdan en que de ninguna manera la actual territorialización favorece al trabajo intersectorial debido a la falta de coherencia entre la gestión de salud y la geopolítica vigente del Ecuador y además se refieren como ejercicios de valoración todas las jurisdicciones territoriales de cada coordinación zonal vigente. “La falta de coherencia territorial para la gestión de salud entorpece la eficacia de estrategias en salud y obtención de coberturas con datos reales” (H). “La actual territorialización obedece a intereses políticos y tendencias populistas que nada tienen que ver con una gestión territorial de salud

coherente para la geopolítica en vigencia” (A).

- Pregunta nueve: *Frente a situaciones, por ejemplo, de necesidad de pintura de Centros de Salud tipo A. ¿Qué nivel (Unidad de Salud, Distrito, Zona o Planta Central) está en capacidad autónoma de cubrir tal necesidad?*

La totalidad de entrevistados concuerdan con la idea de que gestión local y el trabajo intersectorial fueron más rápidos y eficaces en la gestión de salud anterior debido a la autogestión comunitaria en apoyo con los gobiernos autónomos descentralizados parroquiales. La gestión de salud actual se ve afectada directamente debido a los procesos burocráticos excesivos para la obtención de recursos. Actualmente existe una necesidad inmediata de contratar analistas distritales con experticia comprobada para la gestión de compras públicas y planificación estratégica.

- Pregunta diez: *Frente a situaciones, por ejemplo, de necesidad de contratar personal para la gestión o provisión de servicios a nivel local. ¿Qué nivel (Distrito, Zona o Planta Central) determina la necesidad de dicho personal, selecciona al personal y/o realiza la contratación respectiva?*

Existe total concordancia al con el hecho de que durante la gestión territorial de salud anterior la selección y contratación de personal a necesidad era ejercida por áreas de salud con el respaldo total de las direcciones provinciales. Todos los entrevistados explican que actualmente la contratación está centralizada o ejercida por coordinaciones zonales bajo las decisiones del nivel central. Se explica también que: “ante cada jubilación la partida presupuestaria se pierde durante dos años y se le recupera a partir del tercero” (C), ésta es una

razón del déficit del personal sanitario. “La necesidad del talento humano responde a una planificación anual que debe ser realizada por la dirección distrital que a su vez se valida y aprueba por coordinación zonal para ser aceptada por nivel central” (H). El “proceso de selección es sólo una fachada” para ocultar las decisiones del nivel central (A).

- Pregunta once: *¿Considera usted adecuado o excesivo el número de reportes que periódicamente se envían desde: el distrito a la zona; del distrito a planta central y desde la zona a planta central?*

Existe un consenso respecto a la creencia de que se maneja y solicita demasiada información innecesaria. “No existe una retroalimentación y análisis correcto de la información, “somos matriciólogos” en todos los niveles de prestación de servicios sanitarios” (I). “El profesional sanitario operativo en los primeros niveles de salud es más administrativo que clínico” (I). Referente al manejo de información duplicada: “existe tanta tecnología a disponibilidad que es desaprovechada” (F).

- Pregunta doce: *¿Considera adecuado o insuficiente el número de visitas de supervisión técnica que se realiza desde los distritos a unidades de salud y desde zonas y planta central a zonas y distritos?*

La totalidad de entrevistados están de acuerdo con que las supervisiones técnicas desde nivel central a coordinaciones zonales, de coordinaciones zonales a direcciones distritales y de direcciones distritales a unidades operativas de salud es ineficiente o no se ejecuta debido a la falta de profesionales capacitados para supervisión integral, dificultad de movilización y transporte institucional. “La mayoría de coordinaciones zonales abarcan más de una provincia

para su jurisdicción territorial y las supervisiones son “a ciegas” debido a que no se sabe que se va a supervisar” (F). “La supervisión técnica es la base para el mejoramiento de la calidad de programas”; éstas no se realizan de manera correcta o sencillamente no se ejecutan por dificultad de acceso geográfico a las unidades operativas (J). Actualmente las supervisiones se realizan desde “el computador” y cada vez se realizan menos monitoreos al territorio bajo jurisdicción (A).

- **Pregunta trece: *¿Establece usted diferencias con la organización territorial anterior en los aspectos señalados en las preguntas 9, 10, 11 y 12? ¿Puede ensayar algún ejercicio de valoración?***

Todos los participantes concuerdan y enfatizan que la gestión territorial de salud actual no guarda lógica con la administración geopolítica del Ecuador, la burocratización de la salud pública es excesiva, no se disponen de recursos necesarios, falta el compromiso intersectorial para el trabajo conjunto por la salud, el presupuesto siempre es menor a lo necesario, se ejecutan planificaciones estratégicas en función a información no validada y actualmente falta motivación para los profesionales sanitarios.

- **Pregunta catorce: *Con base en las preguntas precedentes ¿Qué recomendaciones tendría para mejorar la gestión territorial de salud en el país?***

La principal recomendación y la que mayores coincidencias entre los participantes, es la de buscar la manera en la cual la gestión de salud actual sea técnica y administrativamente similar a la gestionada anteriormente, fundamentando la idea en: facilidad de resolución de problemas, autonomía de toma de decisiones, menor burocratización de los procesos y facilidad

de manejo técnico – administrativo referente a la distribución geopolítica en provincias, cantones y parroquias. “Los hospitales deberían volver a ser las unidades administrativas” (F) para que en una nueva gestión de salud la vigilancia epidemiológica y provisión de servicios sea más eficaz. De esta manera se deben crear estrategias de abastecimiento a razón de una lógica dotación de recursos financieros, humanos y tecnológicos para potenciar la gestión de salud”.

Se debe enfatizar el trabajo sanitario rural sin olvidar que el Ecuador al ser un país plurinacional e intercultural, obligatoriamente, debe concientizar la importancia de la cosmovisión de la salud a razón de los conocimientos y saberes ancestrales.

Una idea puntual y de gran relevancia es la de “analizar el tipo de sistema de salud que necesita el Ecuador para que exista facilidad de aplicarlo” (D); se refiere que se puede tomar como referencia los sistemas de salud de Costa Rica y Uruguay al ser reconocidos como muy consolidados e integrados, de esta manera las decisiones respecto a la gestión sanitaria tendrían un fundamento más técnico que empírico.

Deben existir planificaciones estratégicas con enfoque al personal sanitario para concientizar y sensibilizar referente a la promoción de salud y prevención de enfermedad, motivación para crear un compromiso con la salud y disminución de generación de información innecesaria o repetitiva por parte de los primeros niveles de prestación de servicios sanitarios.

También se recalca la necesidad de aumentar el personal de salud en función al análisis del crecimiento poblacional, mejorando la gestión de contratación pública. Se debe prestar mucha atención al perfil y formación académicos, se recomienda que la vinculación de

profesionales sanitarios sea acorde a la experiencia demostrada en la gestión sanitaria para que esto facilite considerablemente la articulación interinstitucional.

Se refiere también que debe “establecerse una coordinación eficaz entre la salud pública y privada” (J), reforzando de esta manera la protección social al enfatizar la igualdad de derechos en salud.

10. Análisis

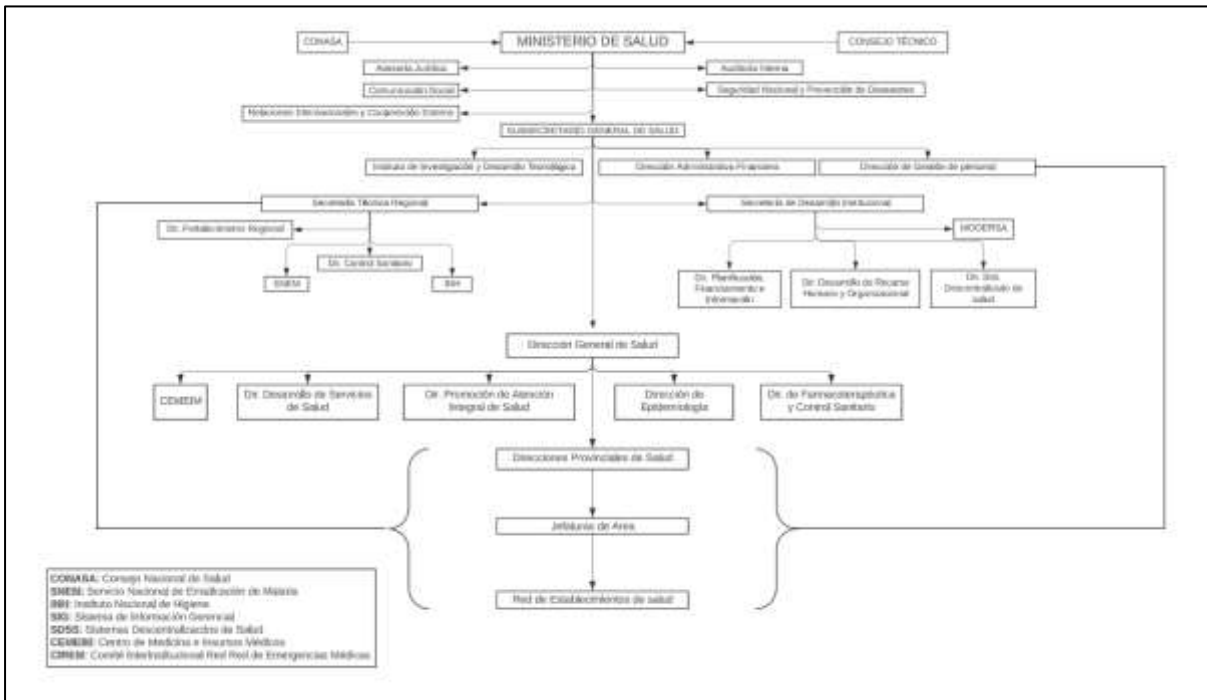
Los resultados del estudio cualitativo, permitieron apreciar las opiniones de informantes calificados, que tuvieron la oportunidad de ejercer funciones directivas de gestión en los 2 esquemas territoriales de administración de salud.

De la investigación documental efectuada, es pertinente considerar y analizar cuatro características de la organización territorial de la gestión de salud en el MSP en los 2 esquemas abordados: direcciones provinciales/áreas de salud y coordinaciones zonales/distritos de salud, respectivamente, que pueden aportar para identificar ventajas o desventajas comparativas entre uno y otro:

10.1 Estructura del nivel central

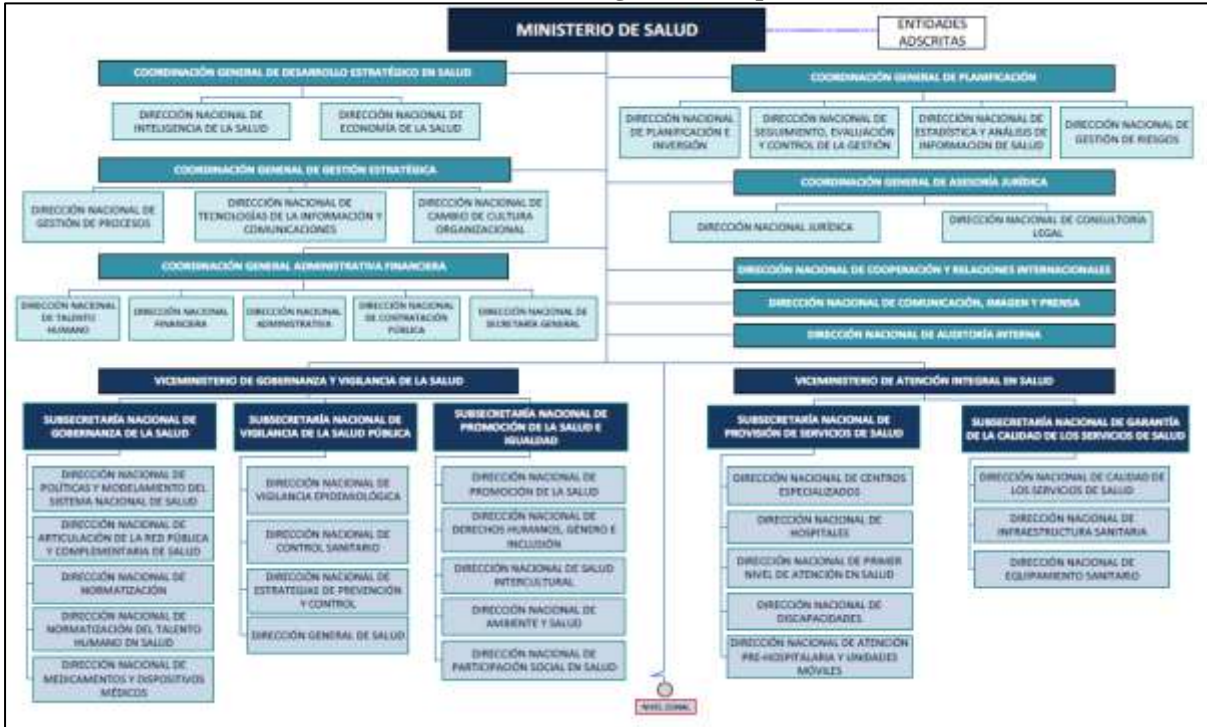
En la organización de nivel central de 1998 (ilustración 3), existía una subsecretaría general (que podría ser el equivalente de viceministerio) y dos subsecretarías, la una con perspectiva de desarrollo institucional y la otra con perspectiva geográfica desconcentrada. Es preciso destacar que la gestión técnica normativa se desarrollaba bajo la dependencia de la Dirección General de Salud, a través de 6 Direcciones Nacionales, en tanto la gestión operativa se lo hacía a través de las Direcciones Provinciales y Áreas de Salud.

Ilustración 16. Organización del MSP (1998)



Fuente: MSP. PLAN DE GOBIERNO EN SALUD – Lineamientos Generales 1998 – 2002 (36).
Elaboración por: David Viteri.

Ilustración 17. Estructura orgánica de la planta central.



Fuente: ESTATUTO ORGÁNICO SUSTITUTIVO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2014) (43).

A partir de 2014, con el nuevo modelo de gestión institucional podemos apreciar una estructura organizacional compleja, se incorpora: a la estructura organizacional del MSP: 2 viceministerios, 6 subsecretarías, 1 secretaría técnica, 4 unidades de coordinación general, 29 direcciones nacionales y 13 direcciones de planificación estratégicas.

Más allá de los preceptos de la estructura, que "...genera tres procesos: rector, agregador de valor y habilitador asesor, encargados de: formular políticas públicas y resoluciones para una adecuada administración legal, generar y gestionar servicios de salud y establecer planes estratégicos para viabilizar la gestión institucional...", en la práctica, la gestión de la salud fue burocratizada y centralizada, con una multitud de procesos inconexos, orientados a la procuración (50).

Toda vez que, en gran medida, y como se refleja en las estructuras orgánicas de zonas y distritos, la estructuración del nivel central (mantenido inercialmente desde su creación) limita y condiciona su capacidad de gestión, especialmente a nivel local, casi sin posibilidades de generar iniciativas, que no sean autorizadas por niveles centrales o de coordinación zonal.

10.2 Agrupación de provincias según zonas

En lo que respecta a la gestión provincial, durante la gestión de salud anterior se trabajó técnica y administrativamente con 24 provincias regidas cada una por la dirección provincial de salud, con la división política nacional, con capacidad de coordinar acciones con entidades de gobierno nacional y seccional, públicas y privadas, integradas en la dinámica propia de cada provincia, así como apoyar y supervisar el trabajo de áreas de salud, con cercanía a los respectivos municipios.

En este modelo de gestión podemos evidenciar una plena correspondencia entre la organización política nacional, jurisdicción territorial sanitaria y flujo de información. El flujo de información llevaba la lógica de parroquia hacia cantón, de cantón hacia provincia y de provincia hacia el nivel nacional. También podemos resaltar el trabajo intersectorial entre salud y municipios que, era facilitado debido a su apreciable correspondencia, como analizaremos adelante.

El modelo de gestión implantado en 2014 rompe con tal dinámica y agrupa provincias (o cantones) en varios ejemplos distantes geográfica, política y culturalmente. sustentada en una territorialización horizontal ajena a la dinámica geo poblacional del Ecuador.

La CZS – 5 es un ejercicio de valoración práctico para entender la gestión sanitaria inconsulta respecto a la histórica gestión política – administrativa llevada entre provincias y cantones. Con sede en la ciudad de Milagro, administra la salud de 5 provincias (Santa Elena, Los Ríos, Bolívar, Galápagos y los cantones rurales Guayas) mediante 17 DDS que deben ejecutar un trabajo interinstitucional e intersectorial con 32 GADM. Es evidente la disarmonía de tal agrupación, en la que no existe razón alguna para una dependencia administrativa de Galápagos por Milagro donde la distancia a recorrer es mayor a 1100 kilómetros de distancia.

Podemos citar otro ejercicio de valoración con la DDS 17D10 Cayambe – Pedro Moncayo quien rinde cuentas administrativas a la CZS – 2 con sede en la ciudad de Tena, aproximadamente a 222 km de distancia o 4 horas y 30 minutos de traslado; pudiendo realizarse esta gestión hacia la CZS – 9 cuya sede se ubica en la ciudad de Quito, a aproximadamente 68 km de distancia o 40 minutos de traslado.

10.3 Correspondencia entre Áreas y Distritos de Salud con municipios

La tabla siguiente permite apreciar como en el esquema de gestión anterior, existía una amplia correspondencia entre Áreas de Salud (184) y Municipios (221), a diferencia de lo actual, con 94 distritos, agrupados, en Coordinaciones Zonales muchas veces ajenas a realidades municipales, como se destacó anteriormente.

Tabla 7. Zonas, provincias, áreas y distritos de salud en los dos modelos de gestión.
sampler

Coordinaciones Zonales de Salud (CZS)	Provincias	Municipios	Direcciones Distritales de Salud (DDS)	Áreas de Salud (AS)
CZS - 1	Carchi	6	3	4
	Imbabura	6	3	4
	Esmeraldas	7	6	9
	Sucumbíos	7	4	2
CZS - 2	Pichincha (rural)	7	3	11
	Napo	5	1	2
	Orellana	4	2	3
CZS - 3	Cotopaxi	7	4	6
	Tungurahua	9	2	7
	Chimborazo	10	2	6
	Pastaza	4	2	2
CZS - 4	Manabí	22	9	12
	Santo Domingo de los Tsáchilas	2	1	2
CZS - 5	Bolívar	7	3	4
	Guayas	24	8	20
	Los Ríos	13	5	6
	Galápagos	3	1	2
CZS - 6	Azuay	15	4	10
	Cañar	7	3	3
	Morona Santiago	12	5	7
CZS - 7	El Oro	14	6	9
	Loja	16	7	13
	Zamora Chinchipe	9	4	3
CZS - 8	Guayas. D.M. de Guayaquil	1	4	12
CZS - 9	Pichincha. D.M. de Quito	1	2	12
9 CZS	24 provincias	221 cantones	94 DDS	175 AS

Fuente: MSP. Nuevo Modelo de Gestión del Ministerio de Salud Pública (2015) (50), Directorio de Coordinaciones Zonales, Direcciones Distritales y Oficinas técnicas – Ministerio de Salud Pública (2022) (47)
Elaborado por: David Viteri

Se puede apreciar que ante la nueva gestión de salud la correspondencia entre MSP y GADM se pierde, se limita la facilidad de trabajar intersectorialmente e interinstitucionalmente y se imposibilita la optimización de recursos a razón de discordancias territoriales.

Como se detalla en la tabla 5, la correspondencia institucional numérica entre AS, DDS y GADM se distorsiona de manera desproporcionada y deja en evidencia la problemática de trabajar actualmente de forma intersectorial e interinstitucional.

El trabajo intersectorial e interinstitucional mantuvo una correspondencia mayormente numérica y equitativa respecto a AS y GADM: Napo (2 AS para 5 GADM), Chimborazo (6 AS para 10 GADM), Manabí (12 AS para 22 GADM), Guayas (32 AS para 25 GADM), Loja (13 AS para 16 GADM), Pichincha (23 AS para 8 GADM), entre otras.

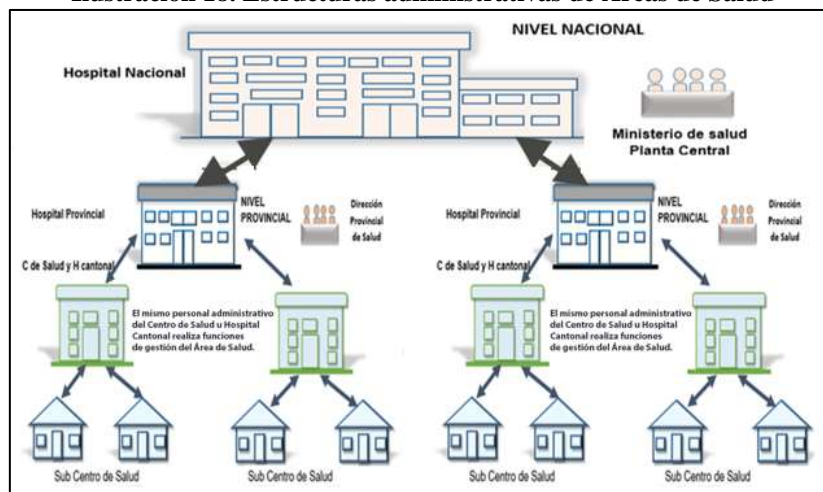
En cambio, contrastando con la gestión de salud actual tenemos los mismos ejemplos obvios de una distorsión administrativa en Napo (1 DDS para 5 GADM), Chimborazo (2 DDS para 10 GADM), Manabí (9 DDS para 22 GADM), Guayas (8 DDS para 24 GADM), Loja (7 DDS para 16 GADM), (...).

Otro aspecto a considerar es la falta de correspondencia con distritos de otros ministerios como es el caso de Educación en el DMQ, que actualmente cuenta con 9 Distritos Educativos (DE) gestionados por la Coordinación Zonal de Educación 9 (CZE – 9), en tanto la CSZ cuenta únicamente con 2 en áreas de jurisdicción similares. Tal situación obviamente limita las posibilidades de trabajo intersectorial e interinstitucional.

10.4 Estructuras administrativas de Áreas y Distritos de Salud

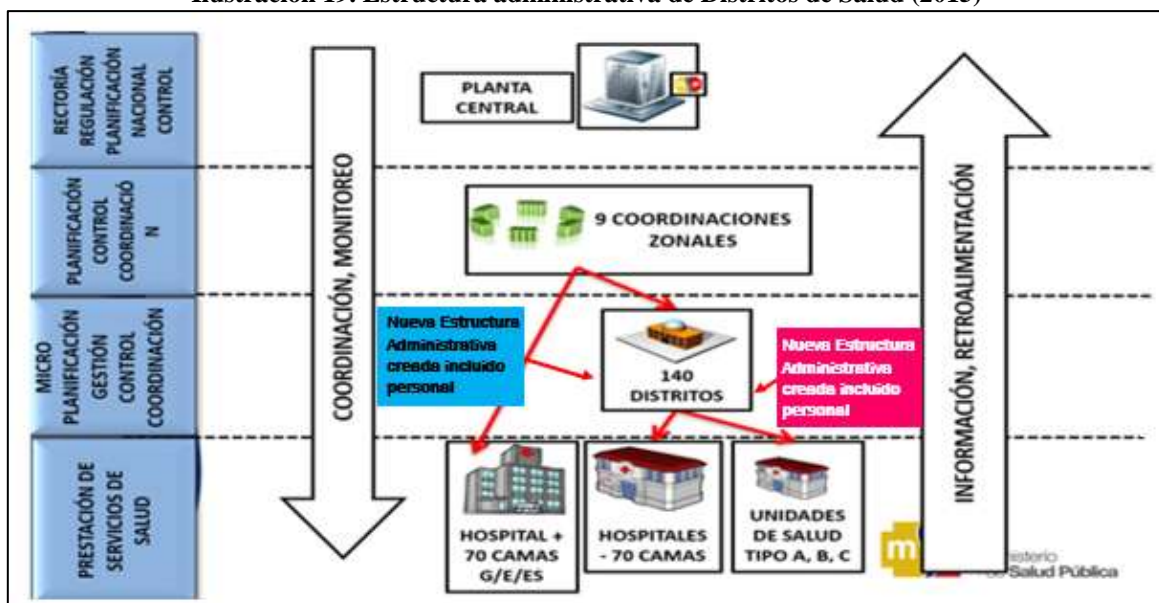
La rectoría del MSP tiene una Dirección de Salud en cada provincia y bajo su jurisdicción estaban las AS que manejaban una jurisdicción geográfica y poblacional y funcionaban como unidades de “desconcentración programática”, administrativa y financiera. A partir de 2010 inició la reorganización territorial de salud progresiva para terminar la transformación en zonas de planificación, CZS y DDS (51).

Ilustración 18. Estructuras administrativas de Áreas de Salud



Fuente: MSP. Manual de Organización de las Áreas de Salud (1994) (39).

Ilustración 19. Estructura administrativa de Distritos de Salud (2015)



Fuente: Nuevo Modelo de Gestión del Ministerio de Salud Pública (2015) (50).

Ineludiblemente ante la transformación institucional para el año 2014, aumentaron considerablemente el número de profesionales sanitarios para ejercer cargos administrativos en las nuevas instancias establecidas a diferencia de la gestión de salud anterior donde la descentralización de gestión administrativa de MSP no requirió de creación de nuevas necesidades institucionales para optimizar recursos, el mismo personal administrativo de las unidades de salud sede, hospitales de referencia y centros de salud, eran quienes desempeñaban funciones administrativas de jefatura de área y área respectivamente. Totalmente diferente a lo que sucede actualmente con la creación de plantas administrativas en las DDS.

En la gestión de salud actual, con la creación y modificación de estructuras institucionales, el personal administrativo institucional actúa en la ejecución de múltiples procesos internos fragmentados y congestionados a medida que asciende el nivel de complejidad administrativa. También es imperioso enfatizar que esta burocratización excesiva produjo la problemática sanitaria respecto al manejo de información en donde el exceso de matrices e información sin regulación, verificación y retroalimentación llegó a disminuir la fluidez de las atenciones sanitarias en todos los niveles de prestación de servicios.

Toda vez que la organización y gestión territorial de salud debe sustentarse en la Atención Primaria de Salud, es necesario actualizar los contenidos del MAIS a fin de que superen conocidas limitaciones (ISAGS, 2012), recogidas y sintetizadas como: los Equipos Básicos de Salud (EBAS) “fueron reubicados para resolver necesidades institucionales operativas y administrativas”, “distribución de trabajo sanitario territorialmente poco equitativo”, prevalencia del paradigma curativo, dificultad de trabajo intersectorial e interinstitucional, persistencia de la fragmentación e segmentación en el sector salud y “visión de lógica benéfica en lugar de salud como derecho”, los planes estratégicos no son

correspondientes con la epidemiología comunitaria y distribución territorial, “mal manejo presupuestario” y falta de consolidación de un único sistema informático para manejo eficiente de la información de salud (41).

11. Conclusiones

Dado que no existen estudios previos de comparación de la regionalización de los servicios sanitarios basada en provincias y áreas de salud respecto a la actual territorialización basada en zonas y distritos, como se ha señalado al inicio de este documento, este trabajo tiene carácter exploratorio.

Con tal consideración, el componente de información secundaria documental, analizó la eliminación del nivel provincial de gestión en salud y la conformación de zonas con provincias (o cantones) en ocasiones poco integrados según criterios geográficos, políticos y culturales, lo que dificulta la gestión y conlleva ineficiencias de gasto.

En lo que respecta al grado de correspondencia entre Áreas/Distritos de Salud con Municipios (GAD's municipales) la conformación territorial implantada evidencia inadecuaciones, que limitan la posibilidad de trabajo intersectorial entre salud y municipios, a diferencia de la anterior que integraba de mejor forma las estructuras locales de salud y municipios.

Analizó también las diferencias de organización del nivel central, que determinaba o determina la gestión provincial/zonal, así como local áreas/distritos, encontrándose marcadas diferencias con una marcada centralización y congestionamiento burocrático en la estructura vigente.

Ilustra también el crecimiento de personal técnico administrativo de nuevas estructuras creadas, en especial Distritos a diferencia de las Áreas de Salud, que gestionaban con una

reducida planta dependiente de las unidades de salud que desempeñaban el rol de jefatura.

En cuanto al estudio cualitativo, los expertos con experiencia de gestión en los dos sistemas territoriales llegaron a la conclusión de que la gestión territorial de la salud de AS y DPS era más eficaz en términos de gestión de procesos, ejecución de planes estratégicos, trabajo intersectorial, participación ciudadana, resolución de problemas, contratación pública y optimización de recursos porque la gestión administrativa facilitaba la toma de decisiones en todos los niveles.

Otro punto destacado entre la gestión territorial de salud actual y anterior es que, hoy en día se da prioridad a la presentación de matrices, informes y documentos técnicos que, a pesar de no llevar una realidad absoluta del medio de gestión, son tomados en cadena por parte de autoridades hasta llegar a los encargados respectivos en el nivel central, lo que burocratiza la gestión, debiendo recordarse que “Toda información que no permita tomar decisiones es innecesaria”.

La falta de coherencia administrativa y territorial de la gestión de salud en el Ecuador limita la adecuada ejecución y supervisión de programas estratégicos de salud. La burocratización imperante, a su vez, condiciona actos corrupción.

A pesar de la existencia de profesionales sanitarios capacitados, los cargos administrativos y de jefatura están relacionados directamente a la gestión política, creando un terreno fértil para la corrupción, en función de intereses políticos más no colectivos sanitarios.

El personal profesional sanitario operativo está obligado a llevar funciones

administrativas que muchas veces superan en número y tiempo a su gestión clínica predeterminada puesto que las actividades meramente administrativas no son competencia del profesional sanitario técnico – operativo pues restan recursos aprovechables para la promoción de salud y prevención de la enfermedad.

12. Recomendaciones

Dado el carácter de exploratorio de este estudio, la principal recomendación es realizar un estudio evaluativo en profundidad de los esquemas territoriales, el primero por provincias y áreas de salud, desarrollado por el MSP en más de 20 años, y el actual, implantada de manera general para la administración pública, sin considerar diversidades.

Existen diferencias significativas entre ambos modelos de gestión, que deben ser analizadas en profundidad a través de estudios que enfoquen los resultados desde una perspectiva político-sanitaria. Estos estudios deben ser realizados por expertos cualificados y sin conflictos de intereses, y deben evaluar la realidad social, sanitaria y económica de cada región, provincia, cantón y municipio de la forma más adecuada. Ello permitirá establecer programas estratégicos de salud ajustados a las necesidades de los respectivos territorios y evaluar los dos modelos de gestión.

Para reorganizar la gestión sanitaria territorial y buscar mecanismos que la acerquen a la distribución político-territorial de la nación, descentralizando la capacidad de decisión sobre la gestión de los recursos humanos y materiales, y transparentando la gestión de las compras y contrataciones públicas, dicho estudio de evaluación debería recopilar las experiencias de ambos modelos.

Se debería potenciar la actual tecnología del manejo de información para facilitar la gestión debiendo avanzarse en procesos de digitalización que eliminen las actuales matrices que ocasionan ineficiencias y falta de aprovechamiento de tiempo del personal.

Perseverar en planes de salud, de mediano y largo plazo que la obligatoriedad de la continuidad de la gestión sanitaria, al margen de los cambios de gobiernos de turno que, por lo general, no consideran realizaciones previas y mantienen permanentes improvisaciones.

El Plan Decenal de Salud 2021-2031 debería contar con apoyo político del más alto nivel, para su viabilidad. Sin ello y sin mecanismos de participación y vigilancia social, difícilmente prevalecerá.

13. Referencias

- 1 LEXIS. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. [Online].; 2008. Acceso 13] . de septiembre de 2023. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf.
- 2 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Ministerio de Salud celebra 50 años de vida institucional. . [Online].; 2017. Acceso 13] de septiembre de 2023. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-celebra-50-anos-de-vida-institucional/>.
- 3 Comisión Económica para América Latina y el Caribe. DESARROLLO TERRITORIAL. [Online].; 2014. Acceso 26] de septiembre de 2023. Disponible en: https://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/doc_microplanificacion/Folleto_Que_son_zonas_distritos_y_circuitos.pdf.
- 4 UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR. RESUMEN DE LA HISTORIA DEL ECUADOR. [Online].; 2008. Acceso 13] de septiembre de 2023. Disponible en: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/836/1/AYALAE-CON0001-RESUMEN.pdf>.
- 5 Isabel CFM. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. [Online].; 2012. Acceso 25] de . septiembre de 2023. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5455/T-PUCE-5683.pdf>.
- 6 MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS. PROVINCIAS - CANTONES - PARROQUIAS DEL ECUADOR. [Online].; 2016. Acceso 14] de septiembre de 2023. Disponible en: https://www.obraspublicas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/10/CENSO_2016_TTHH_Listado_prov-cantones-parroquias.pdf.
- 7 Estevez M. Edmundo VVIZMMEC. La Escuela Médica de Quito: origen y trayectoria de tres . siglos. Facultad de Ciencias Médicas. 2018; 43(1): p. 145 - 163.
- 8 Enciclopedia del Ecuador. Hospital San Juan de Dios. [Online] Acceso 29] de septiembre de 2023. . Disponible en: <https://www.encyclopediadelecuador.com/hospital-san-juan-dios/>.
- 9 Sacoto Aizaga Fernando Federico TPCVGMdL. Situación de Salud en Ecuador: Evolución, . Perspectivas e Intervención Local. Tercera ed. FESALUD , editor. Quito: Código; 2006.
- 1 A. VM. Estado del país. Informe cero. Ecuador 1950 - 2010. [Online].; 2011. Acceso 1] de octubre 0 de 2023. Disponible en: <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/39607.pdf>.
- 1 Beneficencia, Junta de. Antecedentes de la Junta. [Online] Acceso 25] de septiembre de 2023. 1 Disponible en: <https://www.juntadebeneficencia.org.ec/es/prensa/sobre-la-junta>.
- 1 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Creación del MSP. [Online].; 2014. Acceso 13] de 2 septiembre de 2023. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/08/2014_08_13_12_01_19.pdf.
- 1 PRIMICIAS dddE. Breve Historia del Seguro Social. [Online]; 2019. Acceso 25] de septiembre de 3 2023. Disponible en: <https://www.primicias.ec/noticias/economia/breve-historia-del-seguro-social/#:~:text=1963,Caja%20Nacional%20del%20Seguro%20Social.>
- 1 INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. IESS celebra hoy 86 años de servicio 4 al país. [Online].; 2014. Acceso 14 de septiembre de 2023. Disponible en: https://www.iesse.gob.ec/en/web/afiliado/noticias?p_p_id=101_INSTANCE_3dH2&p_p_lifecycle=0&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&_101_INSTANCE_3dH2_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_INSTANCE_3dH2_assetEntryId=2246192&_101_INSTANCE_3dH2_typ.
- 1 INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS. QUIENES SOMOS. 5 [Online]. Acceso 14] de septiembre de 2023. Disponible en: <https://www.issfa.mil.ec/conozcanos/quienes-somos.html>.
- 1 INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POLICÍA NACIONAL. HISTORIA. [Online].; 6 2023. Acceso 14] de septiembre de 2023. Disponible en: https://isspol.org.ec/historia_isspol/.

- 1 López SFd. WordPress.com. [Online].; 2012. Acceso 25] de septiembre de 2023. Disponible en:
7 <https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/documento-3er-parcial-compilacion-4-documentos.pdf>.
- 1 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Atención primaria de salud - OPS/OMS.
8 [Online] Acceso 25] de septiembre de 2023. Disponible en:
. <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>.
- 1 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Nuevo compromiso mundial con la
9 atención primaria de la salud en la Conferencia de Astaná. [Online]; 2018. Acceso 25] de
. septiembre de 2023. Disponible en:
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14753:new-global-commitment-to-primary-health-care-for-all-at-astana-conference&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0.
- 2 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. LOS SISTEMAS LOCALES DE
0 SALUD. [Online].; 1990. Acceso 25] de septiembre de 2023. Disponible en:
. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16697/v109n\(5-6\)p424.pdf?sequence=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16697/v109n(5-6)p424.pdf?sequence=1).
- 2 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. FLACSO Andes. [Online].; 2007.
1 Acceso 25] de septiembre de 2023. Disponible en:
. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/55558.pdf>.
- 2 A. TdRD. LO QUE ES LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: ALGUNAS
2 CONSIDERACIONES A CASI TREINTA Y CINCO AÑOS DE ALMA - ATA. Revista Peruana
. de Medicina Experimental y Salud Pública. 2013; 30(2): p. 283 - 7.
- 2 al ÁPAe. La regionalización de los servicios de salud como una estrategia de reorganización
3 sanitaria. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2008; 46(1).
- .
- 2 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Redes integradas de servicios de salud -
4 OPS/OMS. [Online]. Acceso 25] de septiembre de 2023. Disponible en:
. <https://www.paho.org/es/temas/redes-integradas-servicios-salud#collapse2>.
- 2 Rosas Prieto A. M. ZVN, CFMS. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S). [Online].;
5 2013. Acceso 30] de septiembre de 2023. Disponible en:
. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v30n1/a08v30n1.pdf>.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. LA SALUD EN LA NUEVA CONSTITUCIÓN -
6 ECUADOR 2008. [Online].; 2008. Acceso 26] de septiembre de 2023. Disponible en:
. <https://www3.paho.org/ecu/dmdocuments/comunicacion-social/Salud%20Costitu%2008.pdf>.
- 2 Instituto Coahuilense de Mujeres. Metodología de la investigación, 5ta Ed. [Online]; 1991. Acceso
7 14] de septiembre de 2023. Disponible en:
. https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n_Sampieri.pdf.
- 2 Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas
8 controversias. SciELO. 2012; 17(3).
- .
- 2 Contraloría General del Estado. WU3400R. [Online].; 2018. Acceso 14] de septiembre de 2023.
9 Disponible en: <https://www.contraloria.gob.ec/WFDescarga.aspx?id=55580&tipo=inf>.
- .
- 3 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. dirección distrital 09d12 – Balao – Naranjal. [Online].;
0 2020. Acceso 14] de septiembre de 2023. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/09/09D12_PRESENTACI%C3%93N_RENDICI%C3%93N_-2019.pdf.
- 3 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. REGLAMENTO ORGÁNICO FUNCIONAL DE
1 DIRECCIONES PROVINCIALES DE SALUD. [Online].; 1988. Acceso 14] de septiembre de
. 2023. Disponible en:
<https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/juri/LEGSALUD/REGLAMENTO%20ORGANICO%20FUNCIONAL%20DE%20DIRECCIONES%20PROVINCIALES%20DE%20SALUD.pdf>.
- 3 Contraloría General del Estado. INFORME GENERAL del Examen Especial al cumplimiento de

- 2 las recomendaciones emitidas en los informes de auditoría externa y aprobados por la Contraloría General del Estado. [Online].; 2018. Acceso 14] de septiembre de 2023. Disponible en: <https://www.contraloria.gob.ec/WFDescarga.aspx?id=55580&tipo=inf>.
- 3 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Manual de Organización de las Áreas de Salud. Primera 3 ed. Quito: Ceronte; 1993.
- 3 LEXIS. REGLAMENTO A LA LEY ORGANICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. 4 [Online].; 2003. Acceso 28] de septiembre de 2023. Disponible en: https://hee.gob.ec/download/4abril2015/JURIDICO/MATRIZA2/REGLAMENTO_A_LA_LEY_ORGANICA_DEL_SISTEMA_NACIONAL_DE_SALUD.pdf.
- 3 SALUD DNDÁD. SISTEMA REGIONALIZADO DE SERVICIOS DE SALUD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LAS UNIDADES DE SALUD. 4th ed. Quito: Komunicarte; 1999.
- 3 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. PLAN DE GOBIERNO EN SALUD. Lineamientos 6 Generales 1998 - 2002 Quito.
- 3 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Presentación de estructura organizacional. [Online]; 2010. 7 Acceso 15] de octubre de 2023. Disponible en: <https://es.slideshare.net/jggn1965/presentacin-estructura-organizacional-cumbaya>.
- 3 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. Estructura Organizacional - Ministerio 8 de Salud Pública. [Online]; 2012. Acceso 25] de septiembre de 2023. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/dps/santo_domingo/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=36.
- 3 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Manual de Organización de las Áreas de Salud Quito; 9 1994.
- 4 vlex Información Jurídica Inteligente. Decretos 00004864. Expídese la tipología para la 0 homologación de las direcciones distritales de salud. [Online].; 2014. Acceso 14] de septiembre de 2023. Disponible en: <https://vlex.ec/vid/direcciones-distritales-salud-521960102>.
- 4 Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. Sistemas de Salud en Suramérica. [Online].; 1 2012. Acceso 25] de septiembre de 2023. Disponible en: https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2019/07/livro_sistema_saude_2012_esp-1.pdf.
- 4 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Acuerdo Ministerial 4520. [Online]. Acceso 14] de 2 septiembre de 2023. Disponible en: <https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/juri/ACUERDOS/ESTATUTO%20MSP.pdf>.
- 4 Corte Constitucional del Ecuador. ESTATUTO ORGÁNICO SUSTITUTIVO DE GESTIÓN 3 ORGANIZACIONAL POR PROCESOS. [Online].; 2014. Acceso 14] de septiembre de 2023. Disponible en: http://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DWL_FL/eyJjYXJwZXRhIjoicm8iLCJ1dWlkIjoiMDVhMjBjZTMtOWQ1NS00NjZiLWE5NjItYWQxMDRjOTBlMjQ3LnBkZiJ9.
- 4 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Manual del Sistema Organizado de la Red de Servicios de 4 Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles. 6th ed. Quito; 2010.
- 4 Corte Constitucional del Ecuador. REFORMA INTEGRAL A LA REFORMA DEL CÓDIGO 5 ORGÁNICO SUSTITUTIVO DE LA GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS. [Online].; 2022. Acceso 14] de septiembre de 2023. Disponible en: http://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DWL_FL/eyJjYXJwZXRhIjoicm8iLCJ1dWlkIjoiZjUwYTnkZmUtZjFhNS00ZDU4LWI0MGUtZmYzZGM0NzgxNGY3LnBkZiJ9.
- 4 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. MSP reorganizó su presencia institucional en 140 distritos 6 de salud. [Online]; 2022. Acceso 14] de septiembre de 2023. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/msp-reorganizo-su-presencia-institucional-en-140-distritos-de-salud/>.

- 4 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Directorio de Coordinaciones Zonales, Direcciones
7 Distritales y Oficinas técnicas – Ministerio de Salud Pública. [Online]; 2022. Acceso 14] de
. septiembre de 2023. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/directorio-de-coordinaciones-zonales-direcciones-distritales-y-oficinas-tecnicas/>.
- 4 ResearchGate. Mapa Ecuador: división zonas de planificación y político territorial. [Online]; 2017.
8 Acceso 25] de septiembre de 2023. Disponible en: https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Mapa-Ecuador-division-zonas-de-planificacion-y-politico-territorial-Fuente_fig1_325919210.
- 4 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. MSP MODELO DE GESTIÓN
9 INSTITUCIONAL. [Online].; 2023. Acceso 26] de septiembre de 2023. Disponible en:
. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/09/Modelo-de-Gesti%E0%B8%82n-Institucional-MSP-2022.pdf>.
- 5 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Nuevo Modelo de Gestión del Ministerio de Salud Pública.
0 [Online]; 2015. Acceso 29] de septiembre de 2023. Disponible en:
. <https://slideplayer.es/slide/3729295/>.
- 5 Ruth Lucio EMNVMMRHM. Sistema de salud de Ecuador. Salud Pública de México. 2011;
1 53(2): p. 117 - 187.
- .
- 5 Geoportal IGM. Atlas Nacional del Ecuador. [Online]; 2013. Acceso 14] de septiembre de 2023.
2 Disponible en: <https://www.geoportaligm.gob.ec/portal/index.php/atlas-geografico-nacional-del-ecuador-2013/>.
- 5 UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR. Repositorio. [Online].; 2008. Acceso 13] de
3 septiembre de 2023. Disponible en:
. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/836/1/AYALAE-CON0001-RESUMEN.pdf>.
- 5 SOCIEDAD ECUATORIANA DE SALUD PÚBLICA. HISTORIA DE LA SOCIEDAD
4 ECUATORIANA DE SALUD PÚBLICA. [Online].; 2023. Acceso 14] de septiembre de 2023.
. Disponible en: <https://sesp-ec.com/historia/>.
- 5 Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria. Decreto Ejecutivo 1290.
5 [Online].; 2016. Acceso 14] de septiembre de 2023. Disponible en:
. <https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/12/DECRETO-EJECUTIVO-1290.pdf>.
- 5 Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria. RESOLUCION NRO. ARCSA-
6 DE-034-2015-GGG. [Online].; 2016. Acceso 14] de septiembre de 2023. Disponible en:
. <https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/12/RESOLUCION-NRO.-ARCSA-DE-034-2015-GGG1.pdf>.
- 5 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DECRETO-EJECUTIVO-703-CREACION-ACESS.pdf.
7 [Online].; 2019. Acceso 14] de septiembre de 2023. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/DECRETO-EJECUTIVO-703-CREACION-ACESS.pdf>.
- 5 GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. NORMA PARA ANÁLISIS DE
8 PRESENCIA INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN EJECUTIVA. [Online].; 2019. Acceso 14] de
. septiembre de 2023. Disponible en: https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2020-06/Documento_Norma-T%C3%A9cnica-An%C3%A1lisis-Presencia-Institucional-Territorio-Entidades-Funci%C3%B3n-Ejecutiva.pdf.
- 5 GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. Ley Orgánica del Sistema Nacional de
9 Salud. [Online].; 2002. Acceso 14] de septiembre de 2023. Disponible en:
. https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2021-08/Documento_Ley%20Org%C3%A1nica%20del%20Sistema%20Nacional%20de%20Salud.pdf.
- 6 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. PERFIL DE LOS SISTEMAS DE
0 SALUD. [Online].; 2008. Acceso 14] de septiembre de 2023. Disponible en:
. <https://www3.paho.org/ecu/dmdocuments/politicas-sistemas-y-servicios-de-salud/Perfil-Ecuador-ML4printer.pdf>.
- 6 Georgetown University. Cronología de Presidentes del Ecuador. [Online].; 2009. Acceso 14] de

- 1 septiembre de 2023. Disponible en: <https://pdba.georgetown.edu/Executive/Ecuador/pres.html>.
- .
- 6 GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO PROVINCIAL DE SANTA ELENA.
2 Provincialización. [Online]; 2009. Acceso 14] de septiembre de 2023. Disponible en:
. <https://www.santaelena.gob.ec/index.php/provincializacion/23santa-elena/santa-elena>.
- 6 docplayer. RENDICIÓN DE CUENTAS 2015 COORDINACIONES ZONALES. [Online]; 2015.
3 Acceso 14] de septiembre de 2023. Disponible en: <https://docplayer.es/85173844-Rendicion-de-cuentas-2015-coordinaciones-zonales.html>.
- 6 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Estructura Organizacional por Procesos. [Online].; 2014.
4 Acceso 14] de septiembre de 2023. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/ESTATUTO-SUSTITUTIVO-MSP-ALCANCE-REFORMA-ABRIL17.pdf>.
- 6 Consiglio E. Pobreza, Salud y Educación. Economía, Gestión y Desarrollo. 2007; 5: p. 159 - 1175.
5
- .
- 6 Sen A. El desarrollo como libertad. Gaceta Ecológica. 2000; 55: p. 14 - 20.
6
- .
- 6 Juan Carlos Cazar LRC. Atención Primaria de la Salud. [Online].; 2022. Acceso 25] de septiembre
7 de 2023. Disponible en:
. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/27972/1/22%20CALDERON%20SISTEMA%20ACIONAL%20DE%20SALUD.pdf>.
- 6 Domínguez Bernita E. FBC,PSS. Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e
8 intercultural. DOMINIO DE LAS CIENCIAS. 2007; 3(2): p. 931 - 935.
- .
- 6 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Inicia capacitación del Modelo de Atención Integral de
9 Salud en Quito. [Online] Acceso 25] de septiembre de 2023. Disponible en:
. <https://www.salud.gob.ec/inicia-capacitacion-del-modelo-de-atencion-integral-de-salud-en-quito/>.
- 7 Universidad Abierta y a Distancia de México. Organización del Sistema de Salud Unidad 1.
0 [Online].Acceso 25] de septiembre de 2023. Disponible en:
. https://dmd.unadmexico.mx/contenidos/DCSBA/BLOQUE1/GSS/03/HOSS/unidad_01/descargables/HOSS_U1_Contenido.pdf.
- 7 Nuevo Modelo de Gestión del Ministerio de Salud Pública. [Online] Acceso 25] de septiembre de
1 2023. Disponible en: <https://slideplayer.es/slide/3729295/>.
- .
- 7 SENPLADES. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. [Online].; 2019. Acceso 25] de
2 septiembre de 2023. Disponible en: https://www.gobiernoelectronico.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/AC_INTERINST_01_2019.pdf.
- 7 Diario El Universo. www.eluniverso.com. [Online]; 2023. Acceso 28] de septiembre de 2023.
3 Disponible en: <https://www.eluniverso.com/noticias/ecuador/quito-historia-clinica-electronica-salud-ecuador-nota/>.
- 7 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Ecuador Saludable, Voy por tí – Base Legal. [Online]
4 Acceso 25] de septiembre de 2023. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/base-legal/#:~:text=Art.que%20sustentan%20el%20buen%20vivir>.
- 7 Junta de Beneficencia. Hospital Luis Vernaza, 456 años de historia, innovación y servicio de salud
5 a los ecuatorianos. [Online]; 2020. Acceso 29] de septiembre de 2023. Disponible en:
. <https://www.juntadebeneficencia.org.ec/en/home/3659-hospital-luis-vernaza-456-anos-de-historia-innovacion-y-servicio-de-salud-a-los-ecuatorianos#:~:text=Skip%20to%20content-Hospital%20Luis%20Vernaza%2C%20456%20a%20C3%B1os%20de%20historia%2C%20innovaci%C3%B>
- 7 MINISTERIO DE EDUCACIÓN. Zonas, distritos y circuitos. [Online] Acceso 01] de octubre de

6 2023. Disponible en: <https://educacion.gob.ec/zonas-districtos-y-circuitos/>.

.

7 Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BCN). Sistemas Nacionales de Salud: Ecuador.

7 [Online]; 2019. Acceso 25] de septiembre de 2023. Disponible en:

. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/28082/1/BCN_Sistemas_de_salud_Ecuador_FINAL.pdf.

14. Anexos

I. Criterios de inclusión y exclusión para entrevistados calificados

Tabla 8. Criterios de inclusión y exclusión para entrevistados calificados.

Criterio de inclusión	Criterio de exclusión
Personal sanitario profesional quien ejerza o haya ejercido funciones laborales relacionadas a la salud pública en el Ecuador.	Personal sanitario profesional quien no haya cursado como autoridad sanitaria durante el cambio de gestión operativa de la salud pública de Direcciones Provinciales y Áreas a Coordinaciones Zonales y Direcciones Distritales de salud.

Elaboración propia.

II. Carta de invitación a la investigación

Se adjunta documento.

III. Consentimiento informado para participación en esta investigación

Se adjunta documento.

IV. Cronograma de trabajo

Se adjunta documento

V. Listado de participantes seleccionados y entrevistas

La información utilizada fue para fines exclusivamente metodológicos, razón por la cual de ninguna manera se expondrán las identidades o información personal de cada participante seleccionado tal como se indica en los anexos II y III.

VI. Administración de salud por provincia y AS.

Azuay (001)

Ilustración 20. Dirección Provincial y 10 Áreas de Salud de la provincia de Azuay.



Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Tabla 9. Áreas de Salud de la provincia de Azuay.

Área de salud 1	Pumapungo
Área de salud 2	Miraflores
Área de Salud 3	Tomebamba
Área de Salud 4	Yanuncay
Área de salud 5	Gualaceo
Área de salud 6	Paute
Área de salud 7	Santa Isabel
Área de salud 8	Sigsig
Área de salud 9	Nabón
Área de salud 10	Camilo Ponce Enríquez

Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Elaborado por: David Viteri

Bolívar (002)

Ilustración 21. Dirección Provincial y 4 Áreas de Salud de la provincia de Bolívar.



Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Tabla 10. Áreas de Salud de la provincia de Bolívar.

Área de salud 1	Guaranda
Área de salud 2	San Miguel
Área de Salud 3	Chillanes
Área de Salud 4	Echeandía

Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Elaborado por: David Viteri

Cañar (003)

Ilustración 22. Dirección Provincial y 3 Áreas de Salud de la provincia de Cañar.



Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Tabla 11. Áreas de Salud de la provincia de Cañar.

Área de salud 1	Azogues
Área de salud 2	Cañar
Área de Salud 3	La Troncal

Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Elaborado por: David Viteri

Carchi (004)

Ilustración 23. Dirección Provincial y 4 Áreas de Salud de la provincia de Carchi.



Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Tabla 12. Áreas de Salud de la provincia de Carchi.

Área de salud 1	Tulcán
Área de salud 2	San Gabriel
Área de Salud 3	El Ángel
Área de Salud 4	San Juan de Lachas

Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).
Elaborado por: David Viteri

Cotopaxi (005)

Ilustración 24. Dirección Provincial y 6 Áreas de Salud de la provincia de Cotopaxi.



Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Tabla 13. Áreas de Salud de la provincia de Cotopaxi.

Área de salud 1	Latacunga
Área de salud 2	Pujilí
Área de Salud 3	Salcedo
Área de Salud 4	Saquisilí
Área de salud 5	La Maná
Área de salud 6	Pangua

Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).
Elaborado por: David Viteri

Chimborazo (006)

Ilustración 25. Dirección Provincial y 6 Áreas de Salud de la provincia de Chimborazo.



Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Tabla 14. Áreas de Salud de la provincia de Chimborazo.

Área de salud 1	Riobamba - Chambo
Área de salud 2	Colta
Área de Salud 3	Guamote
Área de Salud 4	Alausí
Área de salud 5	Chunchi
Área de salud 6	Guano - Penipe

Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Elaborado por: David Viteri

El Oro (007)

Ilustración 26. Dirección Provincial y 9 Áreas de Salud de la provincia de El Oro.



Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Tabla 15. Áreas de Salud de la provincia de El Oro.

Área de salud 1	Machala Norte
Área de salud 2	Machala Sur
Área de Salud 3	El Guabo
Área de Salud 4	Pasaje
Área de salud 5	Santa Rosa
Área de salud 6	Arenillas
Área de salud 7	Huaquillas
Área de salud 8	Piñas
Área de salud 9	Zaruma

Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Elaborado por: David Viteri

Esmeraldas (008)

Ilustración 27. Dirección Provincial y 9 Áreas de Salud de la provincia de Esmeraldas.



Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Tabla 16. Áreas de Salud de la provincia de Esmeraldas.

Área de salud 1	Esmeraldas Central
Área de salud 2	Esmeraldas Urbano
Área de Salud 3	Esmeraldas Norte - Julio Estupiñán
Área de Salud 4	Esmeraldas Sur - Atacames
Área de salud 5	Quinindé
Área de salud 6	San Lorenzo
Área de salud 7	Eloy Alfaro
Área de salud 8	Limonas
Área de salud 9	Muisne

Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Elaborado por: David Viteri

Guayas (009)

Ilustración 28. Dirección Provincial y 20 Áreas de Salud de la provincia de Guayas.



Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Tabla 17. Áreas de Salud de la provincia de Guayas.

Área de salud 1	Guasmo Sur
Área de salud 2	Trinitaria
Área de Salud 3	Centro de Salud Nro. 3
Área de Salud 4	Mariana de Jesús
Área de salud 5	Santiago de Guayaquil
Área de salud 6	Centro de Salud Nro. 13
Área de salud 7	Centro de Salud Nro. 4
Área de salud 8	Sauces
Área de salud 9	Martha Roldós
Área de salud 10	Mapasingue
Área de salud 11	Francisco Jácome
Área de salud 12	Bastión Popular
Área de salud 13	Juján
Área de salud 14	Tenguel - Balao
Área de salud 15	Balzar
Área de salud 16	Daule
Área de salud 17	Durán
Área de salud 18	El Emplame
Área de salud 19	El Triunfo
Área de salud 21	Milagro
Área de salud 22	Naranjal
Área de salud 23	Naranjito
Área de salud 24	Pedro Carbo
Área de salud 25	Playas
Área de salud 27	Samborondón
Área de salud 30	Santa Lucía
Área de salud 31	Salitre
Área de salud 32	Yaguachi

Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Elaborado por: David Viteri

Ilustración 29. Dirección Provincial y 12 Áreas de Salud del D.M. de Guayaquil.



Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Imbabura (010)

Ilustración 30. Dirección Provincial y 4 Áreas de Salud de la provincia de Imbabura.



Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Tabla 18. Áreas de Salud de la provincia de Imbabura.

Área de salud 1	Ibarra
Área de salud 2	Atuntaqui
Área de Salud 3	Cotacachi
Área de Salud 4	Otavalo

Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Elaborado por: David Viteri

Loja (011)

Ilustración 31. Dirección Provincial y 13 Áreas de Salud de la provincia de Loja.



Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Tabla 19. Áreas de Salud de la provincia de Loja.

Área de salud 1	Centro de Salud Nro. 1
Área de salud 2	Centro de Salud Nro. 2
Área de Salud 3	Centro de Salud Nro. 3
Área de Salud 4	Catamayo
Área de salud 5	Cariamanga - Calvas
Área de salud 6	Amaluza - Espíndola
Área de salud 7	Macará
Área de salud 8	Catacocha
Área de salud 9	Alamor
Área de salud 10	Saraguro
Área de salud 11	Gonzanamá
Área de salud 12	Vilcabamba
Área de salud 13	Zapotillo

Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Elaborado por: David Viteri

Los Ríos (012)

Ilustración 32. Dirección Provincial y 6 Áreas de Salud de la provincia de Los Ríos.



Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Tabla 20. Áreas de Salud de la provincia de Los Ríos.

Área de salud 1	Babahoyo
Área de salud 2	Quevedo
Área de Salud 3	Vinces
Área de Salud 4	Ricaurte
Área de salud 5	Ventanas
Área de salud 6	Baba

Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Elaborado por: David Viteri

Manabí (013)

Ilustración 33. Dirección Provincial y 12 Áreas de Salud de la provincia de Manabí.



Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Tabla 21. Áreas de Salud de la provincia de Manabí.

Área de salud 1	Portoviejo
Área de salud 2	Manta
Área de Salud 3	Chone
Área de Salud 4	Jipijapa
Área de salud 5	Bahía
Área de salud 6	Calceta
Área de salud 7	Rocafuerte
Área de salud 8	El Carmen
Área de salud 9	Paján
Área de salud 10	Santa Ana
Área de salud 11	Pichincha
Área de salud 12	Pedernales

Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Elaborado por: David Viteri

Morona Santiago (014)

Ilustración 34. Dirección Provincial y 7 Áreas de Salud de la provincia de Morona Santiago.



Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Tabla 22. Áreas de Salud de la provincia de Morona Santiago.

Área de salud 1	Morona
Área de salud 2	Gualaquiza
Área de Salud 3	Limón Ingaza
Área de Salud 4	Palora
Área de salud 5	Santiago de Méndez
Área de salud 6	Sucúa
Área de salud 7	Taisha

Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Elaborado por: David Viteri

Napo (015)

Ilustración 35. Dirección Provincial y 2 Áreas de Salud de la provincia de Napo.



Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Tabla 23. Áreas de Salud de la provincia de Napo.

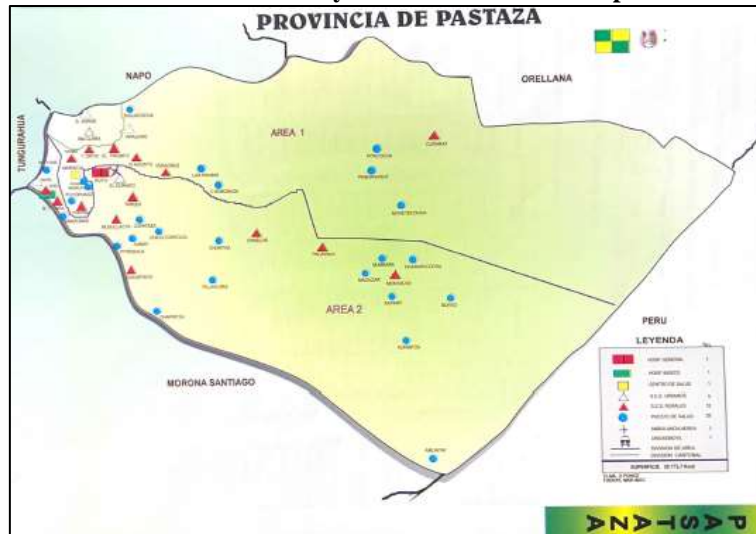
Área de salud 1	Tena
Área de salud 2	Baeza

Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Elaborado por: David Viteri

Pastaza (016)

Ilustración 36. Dirección Provincial y 2 Áreas de Salud de la provincia de Pastaza.



Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Tabla 24. Áreas de Salud de la provincia de Pastaza.

Área de salud 1	Puyo
Área de salud 2	Parroquias Interiores

Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Elaborado por: David Viteri

Pichincha (017)

Ilustración 37. Dirección Provincial y 11 Áreas de Salud de la provincia de Pichincha.



Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Tabla 25. Áreas de Salud de la provincia de Pichincha.

Área de salud 1	Centro Histórico
Área de salud 2	San Bartolomé de las Casas
Área de Salud 3	La Tola - Vicentina
Área de Salud 4	Chimbacalle
Área de salud 5	La Magdalena
Área de salud 6	La Libertad
Área de salud 7	Epliacachima
Área de salud 8	Cotocollao
Área de salud 9	Comité del Pueblo
Área de salud 10	San Carlos
Área de salud 11	Pedro Vicente Maldonado
Área de salud 12	Cayambe
Área de salud 13	Tabacundo
Área de salud 14	Yaruquí
Área de salud 15	Sangolquí
Área de salud 16	Machachi
Área de salud 18	Nanegalito
Área de salud 19	Guamaní
Área de salud 20	Chillogallo
Área de salud 21	Calderón
Área de salud 23	La Concordia
Área de salud 24	Conocoto

Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).
Elaborado por: David Viteri

Ilustración 38. Dirección Provincial y 12 Áreas de Salud del D.M de Quito.



Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Tungurahua (018)

Ilustración 39. Dirección Provincial y 7 Áreas de Salud de la provincia de Tungurahua.



Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Tabla 26. Áreas de Salud de la provincia de Tunguragua.

Área de salud 1	Ambato
Área de salud 2	Ambato 2
Área de Salud 3	Ambato - Mocha - Tisaleo
Área de Salud 4	Baños
Área de salud 5	Pelileo - Patate
Área de salud 6	Píllaro
Área de salud 7	Quero - Cevallos

Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Elaborado por: David Viteri

Zamora Chinchipe (019)

Ilustración 40. Dirección Provincial y 3 Áreas de Salud de la provincia de Zamora Chinchipe.



Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Tabla 27. Áreas de Salud de la provincia de Zamora Chinchipe.

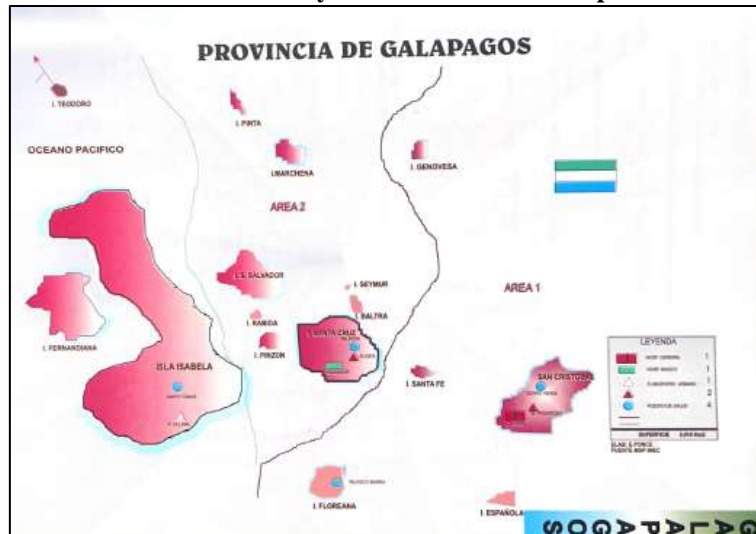
Área de salud 1	Zamora
Área de salud 2	Yanzatza
Área de Salud 3	Zumba

Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Elaborado por: David Viteri

Galápagos (020)

Ilustración 41. Dirección Provincial y 2 Áreas de Salud de la provincia de Galápagos.



Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Tabla 28. Áreas de Salud de la provincia de Galápagos.

Área de salud 1	San Cristóbal
Área de salud 2	Santa Cruz

Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Elaborado por: David Viteri

Orellana (022)

Ilustración 43. Dirección Provincial y 3 Áreas de Salud de la provincia de Orellana.



Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Tabla 30. Áreas de Salud de la provincia de Orellana.

Área de salud 1	Orellana
Área de salud 2	Joya de los Sachas
Área de Salud 3	Loreto

Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Elaborado por: David Viteri

Santo Domingo de los Tsáchilas (023)

Ilustración 44. Dirección Provincial y 2 Áreas de Salud de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas.



Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Tabla 31. Áreas de Salud de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas.

Área de salud 17	Augusto Egas
Área de salud 22	Los Rosales

Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Elaborado por: David Viteri

Santa Elena (024)

Ilustración 45. Dirección Provincial y 4 Áreas de Salud de la provincia de Santa Elena.



Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Tabla 32. Áreas de Salud de la provincia de Santa Elena.

Área de salud 20	La Libertad
Área de Salud 26	Salinas
Área de Salud 28	Manglaralto
Área de salud 29	Santa Elena

Fuente: MSP. Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles (44).

Elaborado por: David Viteri

VII. Administración de salud por CZS y DDS.

Coordinación Zonal 1 – SALUD (CZ1)

Ilustración 46. Gestión territorial de la Coordinación Zonal de Salud 1.



Fuente: Instituto Geográfico Militar, Atlas Geográfico de la República del Ecuador (52). Se delimita la cobertura geográfica correspondiente a la gestión territorial actual de la Coordinación Zonal de Salud 1.
Elaborado por: David Viteri

Tabla 33. CZS – 1 y DDS respectivas.

Direcciones Distritales de Salud	
CARCHI	
04D01	Huaca - Tulcán
04D02	Montúfar - Bolívar
04D03	Mira - Espejo
IMBABURA	
10D01	Ibarra - Pimampiro - Urcuquí
10D02	Antonio Ante - Otavalo
10D03	Cotacachi
ESMERALDAS	
08D01	Esmeraldas - Río Verde
08D02	Eloy Alfaro
08D03	Muisne - Atacames
08D04	Quinindé
08D05	San Lorenzo
08D06	Río Verde
SUCUMBÍOS	
21D01	Cascales
21D02	Lago Agrio
21D03	Cuyabeno - Putumayo
21D04	Sushufindi

Fuente: MSP. Directorio de Coordinaciones Zonales, Direcciones Distritales y Oficinas técnicas – Ministerio de Salud Pública (2022) (47)
Elaborado por: David Viteri

Coordinación Zonal 2 – SALUD (CZ2)

Ilustración 47. Gestión territorial de la Coordinación Zonal de Salud 2.



Fuente: Instituto Geográfico Militar, Atlas Geográfico de la República del Ecuador (52). Se delimita la cobertura geográfica correspondiente a la gestión territorial actual de la Coordinación Zonal de Salud 2.

Elaborado por: David Viteri

Tabla 34. CZS – 2 y DDS respectivas.

Direcciones Distritales de Salud	
PICHINCHA RURAL	
17D10	Cayambe - Pedro Moncayo
17D11	Mejía Rumiñahui
17D12	Pedro Vicente Maldonado - Puerto Quito - San Miguel de los Bancos
NAPO	
15D02	El Chaco - Quijo
ORELLANA	
22D02	Loreto - Orellana
22D03	Aguarico

Fuente: MSP. Directorio de Coordinaciones Zonales, Direcciones Distritales y Oficinas técnicas – Ministerio de Salud Pública (2022) (47)

Elaborado por: David Viteri

Coordinación Zonal 3 – SALUD (CZ3)

Ilustración 48. Gestión territorial de la Coordinación Zonal de Salud 3.



Fuente: Instituto Geográfico Militar, Atlas Geográfico de la República del Ecuador (52). Se delimita la cobertura geográfica correspondiente a la gestión territorial actual de la Coordinación Zonal de Salud 3.
Elaborado por: David Viteri

Tabla 35. CZS – 3 y DDS respectivas.

Direcciones Distritales de Salud	
COTOPAXI	
05D01	Latacunga
05D03	Pangua
05D04	Pujilí - Saquisilí
05D06	Salcedo
TUNGURAHUA	
18D02	Huachi Grande - Juan Benigno Vela Montalvo - Picaigua Pilahuin - Santa Rosa - Totoras - Celiano Monge - Huachi Chico - Huachi Loreto - Pishilata
18D04	Patate - San Pedro de Pelileo
CHIMBORAZO	
06D02	Alausí - Chunchi
06D04	Colta - Guamote
PASTAZA	
16D01	Pastaza - Mera - Santa Clara
16D02	Arajuno

Fuente: MSP. Directorio de Coordinaciones Zonales, Direcciones Distritales y Oficinas técnicas – Ministerio de Salud Pública (2022) (47)
Elaborado por: David Viteri

Coordinación Zonal 5 – SALUD (CZ5)

Ilustración 50. Gestión territorial de la Coordinación Zonal de Salud 5.



Fuente: Instituto Geográfico Militar, Atlas Geográfico de la República del Ecuador (52). Se delimita la cobertura geográfica correspondiente a la gestión territorial actual de la Coordinación Zonal de Salud 5.

Elaborado por: David Viteri

Tabla 37. CZS – 5 y DDS respectivas.

Direcciones Distritales de Salud	
BOLÍVAR	
02D01	Guaranda
02D03	Chillanes - Chimbo - San Miguel
02D04	Echeandía - Caluma - Las Naves
GUAYAS	
09D12	Balao - Naranjal
09D13	Balzar - Cojimíes - Palestina
09D14	Pedro Carbo - Lomas de Sargentillo - Isidro Ayora
09D15	Empalme
09D19	Daule - Nobol - Santa Lucía
09D20	Salitre
02D21	San Jacinto de Yaguachi - Alfredo Baquerizo Moreno - Simón Bolívar - El Triunfo - General Antonio Elizalde - Coronel Marcelino Maridueña - Naranjito
19D22	Playas
LOS RÍOS	
12D01	Baba - Babahoyo - Montalvo
12D02	Pueblo Viejo - Urdaneta
12D03	Quevedo - Mocache - Buena Fe - Valencia
12D04	Ventanas - Quisaloma
12D05	Palenque - Vinces
GALÁPAGOS	
20D01	San Cristóbal - Isabela - Santa Cruz

Fuente: MSP. Directorio de Coordinaciones Zonales, Direcciones Distritales y Oficinas técnicas – Ministerio de Salud Pública (2022) (47)

Elaborado por: David Viteri

Coordinación Zonal 6 – SALUD (CZ6)

Ilustración 51. Gestión territorial de la Coordinación Zonal de Salud 6.



Fuente: Instituto Geográfico Militar, Atlas Geográfico de la República del Ecuador (52). Se delimita la cobertura geográfica correspondiente a la gestión territorial actual de la Coordinación Zonal de Salud 6.
Elaborado por: David Viteri

Tabla 38. CZS – 6 y DDS respectivas.

Direcciones Distritales de Salud	
AZUAY	
01D03	Girón – Pucará – San Fernando – Santa Isabel – Nabón – Oña – Camilo Ponce Enríquez
01D04	Nulti – Paccha – Ricaurte – Llaoca – Sidcay – Octavio Palacios – Checa – Chiquintad – Sinincay – San Joaquín – Sayausi – Machángara – Hermano Miguel – El Vecino
01D06	El Pan – Guachapala – Paute – Sevilla de Oro
01D08	Sigsig
CAÑAR	
03D01	Azogues - Biblián - Deleg
03D02	Cañar - El Tambo - Suscal
03D03	La Troncal
MORONA SANTIAGO	
14D01	Morona - Palora - Huamboya - Pablo Sexto
14D03	Logroño - Sucúa
14D04	Gualaquiza - San Juan Bosco
14D05	Taisha
14D06	Limón Indaza - Santiago - Tiwintza

Fuente: MSP. Directorio de Coordinaciones Zonales, Direcciones Distritales y Oficinas técnicas – Ministerio de Salud Pública (2022) (47)
Elaborado por: David Viteri

Coordinación Zonal 7 – SALUD (CZ7)

Ilustración 52. Gestión territorial de la Coordinación Zonal de Salud 7.



Fuente: Instituto Geográfico Militar, Atlas Geográfico de la República del Ecuador (52). Se delimita la cobertura geográfica correspondiente a la gestión territorial actual de la Coordinación Zonal de Salud 7.
Elaborado por: David Viteri

Tabla 39. CZS – 7 y DDS respectivas.

Direcciones Distritales de Salud	
EL ORO	
07D01	Chilla - El Guabo - Pasaje
07D02	Machala
07D03	Atahualpa - Portovelo - Zaruma
07D04	Balsas - Marcabellí - Piñas
07D05	Arenillas - Las Lajas - Huaquillas
07D06	Santa Rosa
LOJA	
11D03	Paltas - Catamayo - Chaguapamba - Olmedo
11D04	Célica - Pindal - Puyango
11D05	Espíndola
11D06	Calvas - Gonzanamá - Quilanga - Espíndola
11D07	Macará - Sozoranga
11D08	Saraguro
11D09	Zapotillo
ZAMORA CHINCHIPE	
19D01	Zamora - Yacuambi
19D02	Centinela del Cóndor - Nangaritza - Paquisha
19D03	Chinchipe - Palanda
19D04	Yantzaza - El Pangui

Fuente: MSP. Directorio de Coordinaciones Zonales, Direcciones Distritales y Oficinas técnicas – Ministerio de Salud Pública (2022) (47)
Elaborado por: David Viteri

Coordinación Zonal 8 – SALUD (CZ8)

Ilustración 53. Gestión territorial de la Coordinación Zonal de Salud 8.



Fuente: Instituto Geográfico Militar, Atlas Geográfico de la República del Ecuador (52). Se delimita la cobertura geográfica correspondiente a la gestión territorial actual de la Coordinación Zonal de Salud 8.
Elaborado por: David Viteri

Tabla 40. CZS – 8 y DDS respectivas.

Direcciones Distritales de Salud	
DISTRITO METROPOLITANO DE GUAYAQUIL	
09D01	Ximena 1 – Puná – Ximena 2 – Estuario del río Guayas
09D04	Febres Cordero – García Moreno – Letamendi – Ayacucho – Olmedo – Bolívar – Sucre – Urdaneta – 9 de Octubre – Rocafuerte – Pedro Carbo – Roca – Tarqui 1 – Tenguel
09D08	Pascuales 1 – Pascuales 2 – Progreso – El Morro – Posorja – Guayaquil área de expansión – Tarqui 3
GUAYAQUIL URBANO Y RURAL	
09D24	Durán – Samborondón

Fuente: MSP. Directorio de Coordinaciones Zonales, Direcciones Distritales y Oficinas técnicas – Ministerio de Salud Pública (2022) (47)
Elaborado por: David Viteri

