



**CTB**



# INFORME ANUAL 2011

## *PROGRAMA DE APOYO A LA GESTION LOCAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD, AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO – ECUADOR*

**CODIGO DGD: NN 3004413  
CODIGO NAVISION: ECU 07 024 11**

<b>1</b>	<b>FICHA DEL PROYECTO</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>RESUMEN</b>	<b>5</b>
2.1	RESUMEN DE LA INTERVENCIÓN	5
2.2	PUNTOS DESTACADOS	5
2.3	RIESGOS CLAVE	7
2.4	LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES CLAVE	8
<b>3</b>	<b>ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN</b>	<b>10</b>
3.1	CONTEXTO	10
3.1.1	<i>Evolución del contexto de la salud en el Ecuador</i>	13
3.1.2	<i>Anclaje institucional</i>	14
3.1.3	<i>Modalidades de ejecución</i>	14
3.1.4	<i>“Armo”-dinámica</i>	14
3.2	OBJETIVO ESPECÍFICO	15
3.2.1	<i>Indicadores</i>	15
3.2.2	<i>Análisis de los progresos realizados</i>	16
3.2.3	<i>Riesgos e hipótesis</i>	16
3.2.4	<i>Criterios de calidad</i>	16
3.2.5	<i>Impacto potencial</i>	17
3.2.6	<i>Recomendaciones</i>	17
3.3	RESULTADOS	17
3.3.1	<i>Indicadores</i>	17
3.3.2	<i>Balance de las actividades</i>	19
3.3.3	<i>Análisis de los progresos realizados</i>	19
3.3.4	<i>Riesgos e hipótesis</i>	20
3.3.5	<i>Criterios de calidad</i>	20
3.3.6	<i>Ejecución presupuestaria</i>	21
<b>4</b>	<b>TEMAS TRANSVERSALES</b>	<b>22</b>
4.1	GENERO	22
4.2	MEDIO AMBIENTE	22
<b>5</b>	<b>SEGUIMIENTO DE LAS DECISIONES TOMADAS POR LA EMCL (COMITÉ DE GESTIÓN)</b>	<b>24</b>
<b>6</b>	<b>LECCIONES APRENDIDAS</b>	<b>25</b>
<b>7</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>26</b>
7.1	MARCO LÓGICO	26
7.2	ACTIVIDADES M&E	30
7.3	INFORME PRESUPUESTO FRENTE AL AÑO/MES ACTUAL (‘BUDGET VERSUS ACTUALS (Y – M)’)	30
7.4	BENEFICIARIOS	35
7.5	PLANIFICACION OPERACIONAL Q1-2012	35

## Abreviaciones

CTB	Cooperación Técnica Belga
EMCL	Estructura mixta de concertación local
M&E	Monitoreo y Evaluación / Seguimiento y Evaluación
MSP	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
MIDUVI	Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda
SENPLADES	Secretaría Nacional de Planificación para el Desarrollo
PSAS	Programa de Apoyo a la Gestión Local de los Servicios de Salud, Agua Potable y Saneamiento
TdRs	Términos de Referencia
POA	Plan Operativo Anual
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
SSC	Seguro Social Campesino
FF.AA.	Fuerzas Armadas
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

## 1 Ficha del proyecto

Título de la prestación	Programa de Apoyo a la Gestión Local de los Servicios de Salud, Agua Potable y Saneamiento
País Socio	Ecuador
Numero nacional DGD	3004413
Código Navision CTB	ECU0702411
Institución Socia	Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda
Duración de la intervención	48 meses
Contribución del país socio	Según lo establecido en el presupuesto anual de inversiones
Contribución belga	14'000 000 EUR
Fecha de inicio	17 Noviembre 2010
Código sectorial	14030
Destinatarios	Población de las 4 provincias priorizadas
Objetivo general	Contribuir al bienestar de la población en las provincias del norte del país a través del mejoramiento del acceso a servicios básicos de salud, agua y saneamiento en las provincias de Carchi, Imbabura, Esmeraldas y Manabí
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mejorar el acceso de la población a una atención de salud Integral y de calidad en las provincias de: Imbabura, Carchi, Manabí y Esmeraldas</li> <li>2. "Mejorar los servicios de agua potable y fortalecimiento de la gestión sanitaria en las áreas seleccionadas de las Provincias: Imbabura, Carchi, Manabí y Esmeraldas"</li> </ol>
Resultados esperados	<p><b>Componente Salud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>R1:</b> Se cuenta con un conjunto de políticas que garanticen el ejercicio del derecho a la salud integral.</li> <li>• <b>R2:</b> Modelo de gestión de salud y de servicios de salud definido e implementado en las áreas intervenidas, con involucramiento de los actores.</li> <li>• <b>R3:</b> Se cuenta con una propuesta de política de financiamiento y asignación de recursos financieros territorializada sostenible diseñada e implementada con criterios de equidad y funcionalidad.</li> <li>• <b>R4:</b> Se han mejorado la provisión de servicios de salud con calidad y articulación en las áreas intervenidas en las provincias seleccionadas.</li> </ul> <p><b>Componente agua y saneamiento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>R 1:</b> Sistematización del inventario y diagnóstico de sistemas de agua potable, saneamiento y recursos hídricos en las áreas seleccionadas</li> <li>• <b>R2:</b> Se cuenta con las normas, el control y la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano.</li> <li>• <b>R3:</b> Mejoramiento de la sostenibilidad de los sistemas de agua potable</li> <li>• <b>R 4:</b> Concientización a actores en los determinantes de la salud como el manejo del medio ambiente y conservación del recurso agua para una vida saludable.</li> </ul>

## 2 Resumen

### 2.1 Resumen de la intervención

Lógica de intervención	Eficiencia	Eficacia	Sostenibilidad
<b>Objetivo Específico</b>	B satisfactorio	B satisfactorio	B satisfactorio
<b>Resultado 1</b> (de ambos componentes)	B satisfactorio	B satisfactorio	B satisfactorio
<b>Resultado 2</b> (de ambos componentes)	B satisfactorio	B satisfactorio	B satisfactorio
<b>Resultado 3</b> (de ambos componentes)	B satisfactorio	B satisfactorio	B satisfactorio
<b>Resultado 4</b> (de ambos componentes)	B satisfactorio	B satisfactorio	B satisfactorio

#### EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA (cifras en EUR)

Componentes	Presupuesto Total PSAS (a)	Presupuesto Año 2011 (b)	Gastos totales año 0 (31/12/2011) (c)	Saldo presupuesto (d) = (a) – (b)	Tasa de ejecución (%) (e) = (c)/(b)
COMPONENTE SALUD	8.407.140	514.889	0	7.892.251	0
COMPONENTE AGUA	2.200.000	113.692	0	2.086.308	0
RESERVA PRESUPUESTARIA	77.290	0	0	77.290	0
MEDIOS GENERALES	3.315.570	245.284	124.457	3.070.286	51
<b>TOTAL</b>	<b>14.000.000</b>	<b>873.865</b>	<b>124.457</b>	<b>13.126.135</b>	<b>14</b>
COGESTIÓN	11.910.340	677.062	0	11.233.278	0
REGIE	2.089.660	196.803	124.457	1.892.857	63

### 2.2 Puntos destacados

Luego de la firma del Convenio Específico (17 noviembre de 2010), los principales puntos destacados en el Programa han sido:

- **Elaboración de una Hoja de Ruta (17 de enero 2011)**

Compromisos y responsabilidades:

- (i) Pronunciamiento favorable del Ministerio Coordinador de desarrollo Social para la operatividad del programa,
- (ii) Presentación del PSAS a SENPLADES para obtener su dictamen favorable,
- (iii) No objeción de parte de SETECI para la ejecución,
- (iv) Asignación del espacio presupuestario,
- (v) Apertura de cuentas,
- (vi) Subir la estructura presupuestaria en el sistema e-SIGEF,
- (vii) Validación del POA 2011,
- (viii) Planificación financiera,
- (ix) Contratación de personal para el programa (ATI, CN, CAF, ATN/AI, ATN/SP y AS, Contadores).

La idea de esta hoja de ruta significó poner en marcha todos los instrumentos del programa antes de la llegada del ATI, que inicialmente estaba prevista para el mes de mayo o junio 2011 y que finalmente se concretó en el mes de septiembre 2011.

- **Coordinador Nacional**  
La selección y contratación estaba en responsabilidad del MSP tal y como consta en el DTF, sin embargo; la rotación excesiva de esta nominación desde el inicio del Programa (5 hasta la fecha), dejó como resultado un retraso significativo para el enlace institucional con el Programa, solo consiguiendo la estabilidad del puesto a partir del mes de septiembre 2011.
- **Coordinador Administrativo y Financiero**  
Su vinculación se produjo a partir del mes de junio 2011, contribuyendo desde este momento a la organización de lo concerniente a las actividades administrativas y financieras como: planificación financiera, preparación del POA 2011, elaboración y registro de matrices para la inserción del POA del PSAS en los presupuestos institucionales de los Ministerios ejecutores, registro de firmas autorizadas de la CTB en la opción de consultas en cuentas del Banco Central del Ecuador, avance significativo en la elaboración de los procesos y del Manual de Operaciones del programa, apoyo en el proceso para selección del personal técnico y financiero nacional ATN/AI (4), Contadores (4) y de apoyo logístico (1 chofer), gestión de procesos para la adquisición de suministros, mobiliario y equipamiento para las oficinas tanto a nivel central como en las 4 provincias de intervención del programa y registro contable / organización / documentación / archivo de todas las transacciones (modalidad Regie) en el Sistema FIT de la CTB.
- **Incumplimiento de la hoja de ruta.**  
Tomando en cuenta la inestabilidad institucional por la que han debido atravesar las instituciones socias (MSP, MIDUVI), el cronograma que se estableció para la realización de las tareas según la hoja de ruta, no se cumplió adecuadamente. La razón fundamental obedece a los nuevos procesos gobernantes que han sido establecidos dentro de la nueva estructura de gestión de las instituciones gubernamentales, provocando también un retraso de alrededor de 5 meses en la iniciación de las actividades operativas (abril-septiembre 2011).
- **Talleres Provinciales.**  
Según las características de ejecución del PSAS, se hizo necesaria la realización de 4 talleres (uno por provincia) en el mes de marzo 2011, los mismos que servirían para socializar con los actores provinciales, (MSP y MIDUVI) el contenido del programa, como también a proceder con la identificación y validación de las zonas priorizadas.

En este primer escenario, las zonas eran en su mayoría coincidentes entre las instituciones (MSP, MIDUVI). Luego, y con la justificación del retraso en el arranque efectivo del programa, se irían produciendo modificaciones de carácter geográfico en las zonas geográficas de intervención de estas instituciones.

Entre abril y noviembre 2011, se produjeron nuevas visitas a las provincias en cada una de las cuales se realizaron reuniones con los representantes de las direcciones provinciales del MSP y del MIDUVI con el objeto de revisar y validar las zonas priorizadas.

Al momento se cuenta con un listado definitivo de las zonas geográficas donde se asientan las unidades de salud a intervenir, así como las comunidades en las que se deberán estudiar sus sistemas de agua.

- **Manual de Operaciones**  
Una parte de este manual ha sido elaborado y posteriormente consensado con los actores del Programa (MSP y MIDUVI), en una reunión realizada en el mes de noviembre 2011. Uno de los temas de relevancia de este manual es el referente a “Procesos de contratación de consultorías, bienes y servicios”, tomando en cuenta la modalidad (Cogestión) sobre la cual se está ejecutando el PSAS.
- **Coordinación Institucional**  
Luego de conformado el equipo central del Programa (CN, ATI, CAF, Contador nacional a nivel del MSP, ATN/SP) se procedió con la implementación de algunas actividades, cuya dinámica estaba concentrada en la coordinación institucional. A través de esta estrategia se procedió con la preparación del proceso para la realización de algunas consultorías iniciales que tenían como temas principales: (i) Elaboración de los TDR de la nueva Matriz de Licenciamiento de los 3 niveles de atención, para ser aplicada por los servicios de salud de la red pública; (ii) Diagnóstico y estudios de rehabilitación de sistemas de agua potable en las comunidades seleccionadas de las 4 provincias, bajo la responsabilidad del MIDUVI; (iii) Definición del equipamiento según la información recogida por la Dirección de Servicios de Salud a través de la Matriz de Licenciamiento todavía vigente (2010) en las unidades operativas de 1er nivel priorizadas en las 4 provincias.

## 2.3 Riesgos clave

Los principales riesgos son:

### a/ Riesgos Financieros

Existe el riesgo de que en los Ministerios ejecutores, debido a la inestabilidad de los funcionarios que ocupan cargos de Jefatura, no exista la celeridad suficiente para ejecutar los procesos de contratación que se han incorporado en el POA 2012; para lo cual, se ha previsto capacitar en el cumplimiento de los procesos, normas y requisitos, a los técnicos del nivel administrativo y financiero de las cuatro provincias priorizadas.

### b/ Riesgos Operacionales

Uno de los mayores riesgos es que no se pueda contar con una planificación operativa y financiera realista y clara para la ejecución de las actividades. Existen algunos factores que podrían incidir para que ocurra esto: cambio de dinámica en los actores nacionales (MSP, MIDUVI) para la operacionalización de las actividades contempladas en los POAs institucionales, como consecuencia de la reforma en su modelo de gestión, priorización de otros temas de incidencia nacional (emergencias), deficiente capacidad de gasto, etc.

Actualmente, ya existe un retraso en la implementación de las primeras actividades del programa, debido en parte a los diferentes procesos burocráticos que en la etapa de arranque debieron realizarse para efectivizar la ejecución de las actividades y que pueden tomar demasiado tiempo.

Finalmente, un riesgo operacional importante es la posibilidad de que exista inestabilidad laboral a nivel de la Coordinación Nacional del PSAS, las Coordinaciones Provinciales, Direcciones Provinciales de Salud y del MIDUVI, y de los Jefes de Área de las zonas priorizadas en las provincias de intervención del programa.

### c/ Riesgos de Reputación

Si se producen importantes retardos en la implementación de las primeras actividades, existe el riesgo de que el Programa tenga una disminución en el nivel de credibilidad por parte de los beneficiarios directos de la intervención (MSP, MIDUVI) sobre todo en el nivel desconcentrado institucional (Direcciones provinciales) como también en las comunidades de las provincias priorizadas.

Es necesario entonces lograr una planificación adecuada, la misma que permita implementar las actividades previstas, con la participación activa de los socios (MSP y MIDUVI), en los ámbitos nacional, zonal y provincial. Asimismo, será necesario realizar un seguimiento permanente de la ejecución de las actividades previstas en el POA 2012.

## 2.4 Lecciones aprendidas y recomendaciones clave

Las principales lecciones aprendidas durante el año 2011 se presentan en el cuadro siguiente:

<b>Lección aprendida</b>	<b>Público</b>	<b>Capitalización en ciclo del programa</b>
1/ Es necesario realizar una planificación realista y coherente	Equipos técnicos: nacional y provinciales	Arranque
2/ Desconcentración del Programa a nivel de los territorios desde donde se debe procurar la consecución de una planificación realista.	Equipos Técnicos: Nacional y provinciales	Arranque
3/ Es muy importante realizar un seguimiento permanente de las actividades planificadas, tanto a nivel nacional como en las 4 provincias	Equipos técnicos: Nacional y provincial	arranque

Las principales recomendaciones se presentan en el siguiente cuadro:

<b>Recomendaciones</b>	<b>Fuente</b>	<b>Quien (actor)</b>	<b>Plazo</b>
1/ Es necesario garantizar la estabilidad de los cargos técnicos en el MSP y el MIDUVI, tanto a nivel central como en las 4 provincias	Contratos de servicios profesionales	MSP y MIDUVI	2012
2/ Garantizar una planificación adecuada y realista y dar seguimiento permanente de la ejecución de las actividades del POA 2012	POA y matriz de seguimiento	Equipos técnicos, administrativos y financieros: Nacional y provinciales	2012

## 3 Análisis de la intervención

### 3.1 Contexto

*Evolución del contexto:*

En relación a la puesta en funcionamiento del Programa PSAS:

- Noviembre de 2010: Firma del Convenio Específico entre la República del Ecuador y el Reino de Bélgica
- Enero 5/2011: Revisión del presupuesto del programa y establecimiento de mecanismos para la ejecución inicial (reunión con asesor de planificación del MSP)
- Enero 10/2011: Declaratoria de primera emergencia sanitaria por parte de la presidencia de la república, lo que provoca una suspensión de todas las actividades que no estén vinculadas con esta declaratoria.
- Enero 17/ 2011: Establecimiento de una hoja de Ruta que permita el arranque efectivo del Programa.
- Enero 21/2011: Envío por parte del MCDS de las observaciones al DTF, aun cuando ya fue aprobado para la firma del CS por parte de los actores nacionales (MSP, MIDUVI).
- Marzo 3/2011: Primera reunión de Comité de Seguimiento para revisión de la hoja de ruta y validación del POA 2011 por parte del Comité de Gestión.
- Marzo 9-14/ 2011: Primeros talleres provinciales para socialización del Programa e identificación de las zonas prioritarias
- Abril 2011: Inicio de proceso para selección de CAF y ATI (Bruselas)
- Abril 13/ 2011: Selección de Coordinador Nacional por parte del MSP (Dra. Elizabeth Barona)
- Mayo 2011: Inicio de proceso para selección de ATN/AI
- Mayo 2011: CAF seleccionado ( Ricardo Cañas)
- Mayo 19/ 2011: Cuentas aperturadas en el Banco Central y espacios presupuestarios previstos.
- Mayo 25/ 2011: Planificación financiera preparada
- Junio 6/ 2011: Nombramiento del nuevo Coordinador Nacional (Andrés Sotomayor)
- Junio 15/2011: Vinculación del CAF al programa
- Julio 21/ 2011: Aprobación del POA 2011 por el Comité de Gestión
- Agosto 27-30/ 2011: talleres provinciales para revisión y validación de las zonas priorizadas
- Agosto 31/ 2011: reunión de Comité de Gestión para revisar el estado de avance del PSAS.
- Septiembre 2011: Nominación del nuevo Coordinador Nacional (Francisco Crespo) y llegada del ATI (15/09/11)
- Septiembre 29/2011: Reunión de COPASOC
- Octubre 7/2011: Reunión de Comité de Gestión para aprobación del POA reprogramado
- Octubre 12-19/2011: Talleres provinciales para presentación del ATI y nueva revisión de las zonas priorizadas

En relación al *contexto* de la *realidad de los servicios de salud ecuatorianos*, es preciso partir de un rápido análisis de la situación económica y social, en la medida en que la salud y la enfermedad son una de las expresiones de los determinantes sociales, económicos e históricos de una nación.

Según datos y análisis de varios indicadores realizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Ecuador se encuentra en el puesto

83 de 185 Estados Miembros de acuerdo al Índice de Desarrollo Humano (IDH) que alcanza la cifra de 0,720 ; este valor le ubica al país en el grupo de países con alto desarrollo humano, -dos puestos más bajo que Perú (0,725) y tres puestos más arriba que Colombia (0,710)-<sup>1</sup>.

En relación a la pobreza y desigualdad en el Ecuador, el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), expresa que para el año 2011 la pobreza nacional ha disminuido del 38% encontrada en el año 2006 al 28,60%; así mismo, la desigualdad, medida a través del Índice de Gini ha disminuido del 0,539 en el año 2006 al 0,473 en el año 2011.

La situación demográfica en el Ecuador es otra variable importante a ser considerada; el último censo arroja la cifra de 14'483.499 habitantes en el territorio ecuatoriano. La composición por sexo demuestra que el 50,4% son mujeres y el 49,6% varones; los datos censales indican que el 62,8% de la población se ubica en la zona urbana, mientras que el 37,2% lo hace en la zona rural<sup>2</sup>.

Una rápida revisión de los indicadores de salud, permiten conocer que en el año 2009 (datos del INEC), los servicios de salud públicos y privados realizaron 47'477.246 consultas; de ellas, el 63% corresponden a consultas por morbilidad, el 23% a consultas de prevención y el 14% fueron consultas odontológicas. Por otro lado, comparando el número de establecimientos de salud con internación (hospitalización) y sin internación (ambulatorio) en los años 2000 y 2009, el crecimiento de unos y otros es evidente como lo muestra la siguiente tabla:

**TABLA N° 1  
NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON Y SIN INTERNACIÓN EN  
LOS AÑOS 2000 Y 2009.**

<b>AÑO</b>	<b>CON INTERNACIÓN</b>	<b>SIN INTERNACIÓN</b>	<b>TOTAL</b>
2.000	583	2.999	<b>3.582</b>
2.009	728	3.166	<b>3.894</b>

**FUENTE:** Anuario de Recursos y Actividades de Salud. INEC, 2009.

Como puede apreciarse, en los 9 años estudiados, se produce un incremento de establecimientos con y sin internación. Este incremento fue mayor en los establecimientos sin internación (54%), mientras que crecieron en una menor proporción aquellos con internación (46%). Se hace hincapié en esta diferencia porque el PSAS tiene como unidades de salud a intervenir, de manera preferencial, aquellas públicas y de atención ambulatoria, es decir, sin internamiento del MSP.

Al realizar un breve análisis sobre la distribución por sectores público y privado de las instituciones de salud, se encuentran datos que son bastante ilustrativos, pues mientras hay un predominio de los servicios de salud con internamiento en el sector privado (74%), la proporción cambia de manera importante cuando se trata de unidades de salud ambulatorias en el sector público que es el que tiene el 94% de estas unidades de salud.

En este mismo sentido, comparando dentro del sector público a la pertenencia al MSP de unidades de salud con y sin internamiento, frente a este mismo tipo de unidades de otros sectores públicos, se encuentra que en aquellas con servicios de hospitalización, pertenecen al MSP el 67% y para las unidades sin internamiento que pertenecen a esta Cartera de Estado, el porcentaje alcanza el

<sup>1</sup> PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano 2011. Nueva York, Ediciones Mundi-Prensa, 15 de enero de 2012.

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Resultados del Censo, Quito, 2010.

58%; entre las otras instituciones públicas que tienen unidades de salud ambulatorias se encuentra el IESS, el SSC, dispensarios y consultorios de FF.AA., de la Policía Nacional, Cruz Roja y otros.

Es claro, entonces, que al sector privado le interesa los servicios de salud con internamiento, mientras que la mayoría de unidades de salud ambulatorias son públicas. Al examinar la distribución de médicos generales y especialistas en estos dos sectores, es claro que hay un poco más del doble de médicos en el sector público que en el sector privado (63.802 público y 28.887 privado), sin embargo hay más del triple de médicos en los servicios de salud con hospitalización que médicos en las unidades ambulatorias; esto solo fortalece el criterio de que el modelo de salud ecuatoriano es hospitalocéntrico, dirigido a la curación y con escasos componentes de la estrategia de Atención Primaria de Salud (que no es lo mismo que la atención en el Primer Nivel).

En relación con la **MORBILIDAD**, la tabla que sigue contiene los datos de las diez causas de morbilidad más frecuentemente atendidas en el año 2009 y cuyos diagnósticos corresponden a **egresos hospitalarios**. Estos datos son importantes aunque no dan cuenta de la realidad de las causas de morbilidad pues se refieren a los egresos hospitalarios (más de 24 horas de internamiento), dejando de lado todos los diagnósticos de la atención ambulatoria, que representan más del 70%).

**TABLA N° 2  
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS, 2009.**

N° orden	CAUSA	N°	%	TASA*
1°	Neumonía, organismo no especificado	34.027	3,3%	24,3
2°	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	32.675	3,2%	23,3
3°	Colelitiasis	27.677	2,7%	19,8
4°	Apendicitis aguda	24.027	2,3%	17,2
5°	Aborto no especificado	21.894	2,1%	15,6
6°	Hernia inguinal	12.848	1,2%	9,2
7°	Falso trabajo de parto	11.849	1,1%	8,5
8°	Otros trastornos del sistema urinario	10.926	1,1%	7,8
9°	Traumatismo intracraneal	10.555	1,0%	7,5
10°	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	9.530	0,9%	6,8
	Parto único espontáneo	120.484	11,7%	
	Parto único por cesárea	64.917	6,3%	
	Otros partos	585	0,1%	
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, NCOP	30.201	2,9%	
	Las demás causas de morbilidad	619.762	60,1%	
	<b>TOTAL EGRESOS HOSPITALARIOS</b>	<b>1.031.957</b>	<b>100%</b>	

\* Tasa por 10.000 habitantes

**FUENTE: [www.inec.gob.ec](http://www.inec.gob.ec) ESTADÍSTICAS SOCIALES, Estadísticas de Salud, Camas y egresos hospitalarios, 2009.**

Son las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas, las que ocupan los dos primeros lugares, con importantes tasas: 24,3 para las primeras y 23,3 para las segundas. Estos dos grupos importantes de enfermedades pueden ser evitados y disminuidos, de manera importante, con procesos sostenidos en contra de la automedicación en el primer caso (a manera de hipótesis) y con modificaciones en los hábitos higiénicos, en el segundo grupo

de patologías. Los problemas vinculados con cálculos de la vesícula biliar ocupan el tercer lugar (2,7%) y tienen estrecha relación con los hábitos alimentarios de la población.

Los egresos hospitalarios directamente determinados por los nacimientos (aunque no constituyen una patología, en sí mismo) reflejan la necesidad de mejorar, en todos los aspectos, la atención al embarazo, parto y puerperio; no solamente dependen del acceso a los servicios de salud, sino que tienen un fuerte componente cultural que no puede ser dejado de lado.

Al realizar un primer análisis sobre la **MORTALIDAD** puede construirse una tabla similar a la anterior, y en función de la misma fuente, solo que para esta variable ya se cuenta con datos del año 2010.

**TABLA N°3  
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD, 2010.**

N° orden	CAUSA	N°	%	TASA*
1°	Enfermedades hipertensivas	4.309	7,0%	30,3
2°	Diabetes Mellitus	4.017	6,5%	28,3
3°	Influenza y neumonía	3.361	5,4%	23,7
4°	Accidentes de transporte terrestre	3.304	5,4%	23,3
5°	Enfermedades cerebrovasculares	3.269	5,3%	23
6°	Agresiones (homicidios)	2.330	3,8%	16,4
7°	Enfermedades isquémicas del corazón	1.998	3,2%	14,1
8°	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	1.933	3,1%	13,6
9°	Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas	1.850	3,0%	13
10°	Ciertas afecciones originadas en el período natal	1.618	2,6%	11,4
	Resto de causas	27.907	45,2%	
	Causas mal definidas	5.785	9,4%	
	<b>DEFUNCIONES TOTALES</b>	<b>61.681</b>	<b>100%</b>	

\* Tasa por 100.000 habitantes

El perfil de mortalidad en el año 2010 estuvo modelado por las enfermedades crónica no transmisibles y está muy relacionado con los estilos de vida, fundamentalmente. Las dos primeras causas podrían ser modificadas de manera importante con modificaciones en los hábitos nutricionales, utilización del tiempo libre y vida no sedentaria. La tercera causa vuelve a reflejar las consecuencias de las infecciones respiratorias agudas que, como ya se había mencionado, tienen mucha relación con la automedicación. Las causas de muerte ubicadas en el cuarto y sexto lugar se relacionan directamente con determinantes culturales, sociales y económicos, en los que poco pueden hacer los servicios de salud; su enfrentamiento exige una amplia mirada desde otros sectores que no son el de salud.

### 3.1.1 Evolución del contexto de la salud en el Ecuador

El Ecuador está cambiando en la medida en que la política gubernamental tiene una profunda preocupación por la salud de la población ecuatoriana y se ha demostrado en importantes esfuerzos políticos y financieros para fortalecer y mejorar los servicios de salud.

Las declaraciones de Emergencia Sanitaria permitieron movilizar fondos (460 millones de dólares) para intervenir en varios hospitales nacionales modificar horarios de trabajo, ampliar la cobertura de los servicios de salud y mejorar la atención a los pacientes. De esta inversión inicial solo se pudo ejecutar hasta el mes de octubre, 160 millones de dólares, quedando alrededor de 300 millones por ejecutar.

El presupuesto del MSP se ha ido incrementando sobre la base porcentual de 5% anual, la misma que da un presupuesto para salud en el año 2012 de 2.025 millones de dólares.

El apoyo que el Gobierno Nacional da para el sector salud, se ha constituido en uno de los mayores en los últimos 10 años. La conformación y funcionamiento de las Redes Públicas Integrales de Servicios de Salud, la gratuidad de los mismos y de los medicamentos, ha incrementado el acceso a los servicios de salud de toda la población; sin embargo, hay zonas, sobre todo rurales, cuyo acceso a los servicios de salud es aún limitado en aspectos relacionados con el acceso geográfico y cultural. También existen servicios de salud, sobre todo de atención ambulatoria, que no han recibido aún los fondos requeridos para mejorar su infraestructura física y su equipamiento; sin embargo, los esfuerzos que está desplegando el MSP son importantes.

Por otra parte, hay importantes zonas rurales que no disponen de los servicios básicos, sobre todo de agua potable y alcantarillado y estas deficiencias son, sin duda, parte fundamental de los determinantes de la salud y la enfermedad.

### 3.1.2 Anclaje institucional

El anclaje institucional del Programa estuvo en la Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud en el MSP, pero; debido a los cambios en la estructura orgánica de la planta central del Ministerio de Salud, el PSAS ahora está anclado en la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, más específicamente en la Dirección Nacional de Atención del Primer Nivel, lo que en base a la dinámica del programa es *muy apropiado*. A nivel provincial se encuentra vinculado sobre estas mismas estructuras en las Direcciones Provinciales de Salud. En el caso del MIDUVI, a nivel nacional, se ha ubicado en la Subsecretaría de Servicios de Agua Potable y Saneamiento y en las provincias en las Direcciones Provinciales.

### 3.1.3 Modalidades de ejecución

El modelo de Gestión del programa está definido en el DTF, lo que permite, aun mantener por parte del Reino de Bélgica, los preceptos contemplados en la Declaración de París, por tanto; el alineamiento es acorde y apropiado con las políticas y procedimientos del Ecuador.

### 3.1.4 “Armo”-dinámica

El PSAS se ejecuta bajo la tipología establecida en el modelo de gestión gubernamental de *“baja descentralización y alta desconcentración”*, lo que le permite armonizarse adecuadamente con los procedimientos establecidos desde el MSP y enmarcarse en las políticas relacionadas con los sectores de Salud, Agua Potable y Saneamiento.

En cada una de las provincias de intervención, la ejecución de las actividades previstas en la planificación operativa y financiera del programa, se llevarán adelante mediante la inserción de estas en los POA's de las direcciones

provinciales, tanto del MSP, como del MIDUVI, permitiendo el engranaje necesario dentro de las estructuras institucionales.

Los Resultados se hallan armonizados a las estrategias institucionales de ambos sectores.

## 3.2 Objetivo específico

### 3.2.1 Indicadores

Teniendo en cuenta que aún no se han realizado actividades específicas en cogestión, todavía no ha habido una evolución del Objetivo específico y de sus indicadores.

Sin embargo, en el transcurso del tercer trimestre del año 2011, se han realizado varias actividades que a mediano plazo van a contribuir a la mejora del acceso de la población a una atención integral y de calidad, como la identificación de las zonas priorizadas por el Programa en las 4 provincias. Asimismo, se ha avanzado de manera significativa en la identificación y en el proceso de compras del equipamiento médico prioritario para las unidades operativas de 1er. nivel y en la elaboración de los Términos de Referencia (TDR) para la Consultoría que elaborará “la nueva Matriz de Licenciamiento de los 3 niveles de atención de la Red Pública de Salud”.

En el componente Agua Potable y Saneamiento, se han identificado los equipamientos básicos que se deben adquirir a principios de 2012 para asegurar una correcta vigilancia de la calidad del agua en algunas comunidades y se han determinado los TDR para las consultorías que van a realizarse en cada una de las 4 provincias mediante el “diagnóstico y estudios de rehabilitación de sistemas de agua potable en las comunidades seleccionadas”.

<b>Objetivo específico</b>						
En Salud: <i>“Mejorar el acceso de la población a una atención de salud Integral y de calidad en las provincias de: Imbabura, Carchi, Manabí y Esmeraldas”</i>						
En Agua Potable y Saneamiento: <i>“Mejorar los servicios de agua potable y el fortalecimiento de la gestión sanitaria en las áreas seleccionadas de las cuatro provincias”</i>						
<b>Indicadores</b>	<b>Valor baseline</b>	<b>Progreso año N-1</b>	<b>Progreso año N</b>	<b>Valor de referencia a objetivo año N</b>	<b>Valor de referencia objetivo</b>	<b>Comentarios</b>
Incremento de al menos el 10 % anual de la tasa de utilización de los servicios integrales con finalidad pública de primer nivel en todos los grupos de edad en la redes de intervención del programa	-	-				Se está estableciendo desde el Programa, conjuntamente con el MSP, la matriz de licenciamiento de las unidades operativas, priorizadas en el primer nivel de atención, con la finalidad de mejorar la utilización de los servicios desde este nivel.
Al menos el 60 % de las redes financiadas por el programa funcionando con recursos técnicos y financieros de las contrapartes	-	-				-
Al menos 4 intervenciones estratégicas del programa se institucionalizan en el ámbito nacional	-	-				-

### 3.2.2 Análisis de los progresos realizados

Desde la firma del Convenio se han realizado actividades importantes como: la determinación de las zonas prioritarias de intervención en las 4 provincias, la planificación de las principales actividades que deben ser operacionalizadas durante el año 2012, según lo establecido en el POA, la conformación de los equipos técnicos, administrativos y financieros, tanto del nivel nacional, como provincial, faltando aun por seleccionar a los técnicos temáticos provinciales por parte de las instituciones nacionales (MSP, MIDUVI), la adecuación y el equipamiento de los espacios físicos para la ubicación de los equipos técnicos, la inserción de los presupuestos que contempla el programa en el Plan Anual de Inversiones de cada una de las instituciones.

Las Direcciones Provinciales de Salud también han designado, a fines de diciembre 2011, a los Coordinadores Provinciales del PSAS.

### 3.2.3 Riesgos e hipótesis

Riesgo (describir)	Probabilidad (Puntuación)	Incidencias potenciales		Nivel de Riesgo (Puntuación)
		Describir	Puntuación:	
Deficiente planificación operativa y financiera.	B (moderado)	Una baja ejecución de las actividades previstas en el POA 2012	B	B
Excesiva rotación del responsable de la Coordinación Nacional como de las coordinaciones provinciales.	C (alto)		C	C
Baja ejecución operativa y financiera	B (moderado)	Generación de una crisis anticipada del programa	B	B

### 3.2.4 Criterios de calidad

Es importante señalar que la ejecución de la inversión en todos los componentes del programa, a partir del ejercicio 2012, estará enmarcada en los criterios de eficiencia, eficacia, sostenibilidad y relevancia, cuyos resultados se reportarán en el próximo informe.

Criterios	Puntuación	Comentarios
<b>Eficiencia</b>	-N/A	-
<b>Eficacia</b>	-N/A	-
<b>Sostenibilidad</b>	-N/A	-
<b>Relevancia</b>	N/A-	-

### 3.2.5 Impacto potencial

El modelo de gestión que está descrito para la operatividad del programa, se relaciona con el cumplimiento de los objetivos específicos en los dos componentes; esto significa que los impactos potenciales van en términos de la consecución de los resultados establecidos.

En todo caso, el actual momento puede ser considerado el arranque real del programa, siguiendo la orientación con que fue previsto, por lo que también los primeros resultados visibles de la intervención, se los podrán obtener al final del año 2012.

### 3.2.6 Recomendaciones

Recomendaciones	Fuente	Actor	Plazo
1/ Es necesario garantizar una planificación operativa y financiera realista y apropiada.	2.4	MSP y MIDUVI	Q1, Q2, Q3 y Q4 del año N+1
2/ Garantizar un seguimiento permanente de la ejecución de las actividades del POA 2012. Si necesario, revisión del marco lógico del programa para garantizar la pertinencia de los indicadores.	2.3 DTF/ anexo 7.4	Equipos técnicos, administrativos y financieros del programa y de las instituciones: nacional y provinciales.	Q1, Q2, Q3 y Q4 del año N+1

## 3.3 Resultados

A pesar de que aún no se han realizado actividades específicas financiadas en cogestión con fondos del PSAS, varias actividades se han podido realizar con fondos propios de los Ministerios.

Los principales comentarios en relación a los 4 Resultados de los 2 componentes se presentan en los cuadros siguientes.

### 3.3.1 Indicadores

Componente Salud. Resultado 1						
<i>Se cuenta con un conjunto de políticas que garanticen el ejercicio del derecho a la salud integral</i>						
Indicadores	Valor baseline	Progreso año N-1	Progreso año N	Valor de referencia a objetivo año N	Valor de referencia objetivo	Comentarios
Hasta finales de diciembre de 2011, se ha socializado el nuevo reglamento nacional para el funcionamiento de los laboratorios clínicos, dentro de las políticas públicas de salud.	- <b>0,1/1</b>	- <b>0,1/1</b>	<b>0,05/1</b>		<b>1/1</b>	Desde el programa se apoyó con la financiación del taller nacional.

<b>Componente Agua Potable y Saneamiento. Resultado 1</b>						
<i>Se ha sistematizado el inventario y el diagnóstico de los sistemas de agua potable, saneamiento y recursos hídricos en las zonas seleccionadas</i>						
<b>Indicadores</b>	<b>Valor baseline</b>	<b>Progreso año N-1</b>	<b>Progreso año N</b>	<b>Valor de referencia a objetivo año N</b>	<b>Valor de referencia objetivo</b>	<b>Comentarios</b>
4 provincias disponen inventarios y diagnóstico de los sistemas de agua potable, saneamiento y recursos hídricos.	0	0	0		1/1	En diciembre 2011 se han elaborado los TDR para las consultorías que van a realizar los inventarios y diagnósticos las comunidades seleccionadas de cada una de las 4 provincias.
<b>Componente Salud. Resultado 2</b>						
<i>Modelo de gestión de salud y de servicios de salud definido e implementado en las áreas intervenidas, con involucramiento de los actores</i>						
<b>Indicadores</b>	<b>Valor baseline</b>	<b>Progreso año N-1</b>	<b>Progreso año N</b>	<b>Valor de referencia a objetivo año N</b>	<b>Valor de referencia objetivo</b>	<b>Comentarios</b>
Hasta diciembre de 2011 el MSP ha socializado y operativizado su modelo de gestión de salud en las 4 provincias de intervención del programa  Modelo de gestión del sistema de salud y de servicios de salud concertado y funcionando entre los diferentes niveles de gobierno	1/1	1/1	1/1	1/1		Durante el Q2 se realizarán 2 talleres para determinar estrategias de articulación funcional de la red pública de salud a nivel zonal
<b>Componente Agua Potable y Saneamiento. Resultado 2</b>						
<i>Se cuenta con las normas, el Control y la vigilancia de la calidad del agua</i>						
<b>Indicadores</b>	<b>Valor baseline</b>	<b>Progreso año N-1</b>	<b>Progreso año N</b>	<b>Valor de referencia a objetivo año N</b>	<b>Valor de referencia objetivo</b>	<b>Comentarios</b>
Se dispone de una guía de normas de control y vigilancia de calidad del agua de consumo humano	1/1	1/1	1/1		1/1	En el Q2 se entregará la guía a los responsables provinciales y de las áreas de salud
<b>Componente Salud. Resultado 3</b>						
<i>Se cuenta con una propuesta de política de financiamiento y asignación de recursos financieros territorializada, diseñada e implementada con criterios de equidad y funcionalidad</i>						
<b>Indicadores</b>	<b>Valor baseline</b>	<b>Progreso año N-1</b>	<b>Progreso año N</b>	<b>Valor de referencia a objetivo año N</b>	<b>Valor de referencia objetivo</b>	<b>Comentarios</b>
Al menos el 60% de la política de distribución de recursos presupuestarios y financieros de diversas fuentes implementándose	0	0	0		1/1	El PSAS durante el Q2 apoyará para la realización de una consultoría que permita generar un documento de evaluación de la calidad del gasto
<b>Componente Agua Potable y Saneamiento. Resultado 3</b>						
<i>Se ha mejorado la sostenibilidad de los sistemas de agua de consumo humano y se ha fortalecido la gestión sanitaria en las áreas seleccionadas</i>						
<b>Indicadores</b>	<b>Valor baseline</b>	<b>Progreso año N-1</b>	<b>Progreso año N</b>	<b>Valor de referencia a objetivo año N</b>	<b>Valor de referencia objetivo</b>	<b>Comentarios</b>
Al menos el 10% de las JAAPs fortalecidas en cada una de las áreas intervenidas	0	0				

<b>Componente Salud. Resultado 4</b>						
<i>Se ha mejorado la provisión de servicios de salud con calidad y articulación, en las áreas intervenidas en las provincias seleccionadas</i>						
<b>Indicadores</b>	<b>Valor baseline</b>	<b>Progreso año N-1</b>	<b>Progreso año N</b>	<b>Valor de referencia objetivo año N</b>	<b>Valor de referencia objetivo</b>	<b>Comentarios</b>
Hasta diciembre de 2011 se ha identificado 20 unidades operativas de 1er.nivel de atención para su fortalecimiento.	-	-				Durante el Q1 el PSAS procederá con el equipamiento de las unidades operativas identificadas como prioritarias.
<b>Componente Agua Potable y Saneamiento. Resultado 4</b>						
<i>Se ha concientizado a los actores en la Educación sanitaria, el manejo del medio ambiente y conservación del recurso agua</i>						
<b>Indicadores</b>	<b>Valor baseline</b>	<b>Progreso año N-1</b>	<b>Progreso año N</b>	<b>Valor de referencia objetivo año N</b>	<b>Valor de referencia objetivo</b>	<b>Comentarios</b>
Al menos 50% de las escuelas seleccionadas se han capacitado y concientizado en los determinantes de la salud, educación sanitaria, manejo del medio ambiente y conservación del recurso agua de consumo humano	-	-				Los responsables del MIDUVI han comenzado, en diciembre 2011, el proceso de selección de las escuelas priorizadas.
Talleres de capacitación a profesores en cada una de las escuelas seleccionadas (al menos 1 taller por escuela)	-	-				

### 3.3.2 Balance de las actividades

<b>Actividades</b>	<b>Desarrollo</b>				<b>Comentarios</b> (únicamente si el valor es C o D)
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	
1 Apoyo al Ministerio de Salud en el proceso de licenciamiento de las unidades operativas de primer nivel de atención en las 4 provincias de intervención del programa.	x				
2 Apoyo en la coordinación horizontal para la planificación participativa, implementación y seguimiento de las actividades previstas.		x			

### 3.3.3 Análisis de los progresos realizados

Componente Salud:

1/ Las visitas operativas a las cuatro provincias (en marzo, julio, septiembre, octubre y diciembre 2011) y la investigación documental correspondiente, permitieron la identificación de las unidades operativas con el mayor porcentaje de deficiencia en su estructura integral (Infraestructura, equipamiento y recursos humanos) lo que ha sido un insumo muy necesario para avanzar con los procesos de fortalecimiento global de las unidades, con el fin de mejorar la prestación de los servicios de salud a la población meta.

2/ Para la validación de esta identificación, hemos iniciado el proceso para realizar una consultoría, la misma que facilitará la información necesaria para que se pueda priorizar el orden en que se han de realizar las acciones previstas de mejoramiento, siempre considerando los insumos contenidos en la matriz de licenciamiento.

3/ Teniendo en cuenta la modalidad Cogestión del PSAS, se ha procedido a la preparación y generación de información técnica y financiera, solicitada por las Coordinaciones Generales de Planificación y Administrativa Financiera de los Ministerios ejecutores; esta información ha constituido un insumo importante para la aprobación de los Planes Operativos Anuales Institucionales y la incorporación de la asignación y el espacio presupuestario para gestionar el financiamiento de la inversión.

4/ Avance importante en la elaboración del Manual de Operaciones del PSAS, en particular del capítulo de “los procesos de contrataciones de consultorías, bienes y servicios”, “los pagos y requisitos en las modalidades Cogestión y Regie”, las No Objeciones de la CTB y las transferencias de recursos desde la CTB hacia las cuentas bancarias de los Ministerios ejecutores, con la finalidad de imprimir la claridad y calidades necesarias durante la aplicación de estos procesos. Una primera socialización se realizó en el mes de noviembre de 2011 con los responsables de las áreas financieras del MSP y MIDUVI.

En el Componente Agua Potable y Saneamiento se han elaborado los Términos de Referencia para las Consultorías sobre el “Diagnóstico y estudios de rehabilitación de sistemas de AP en las comunidades preseleccionadas de las 4 provincias”.

### 3.3.4 Riesgos e hipótesis

Riesgo (describir)	Probabilidad (Puntuación)	Incidencias potenciales		Nivel de Riesgo (Puntuación)
		Describir	Puntuación	
Cambio continuo por parte de las autoridades del MSP y MIDUVI de las zonas de priorización.	C (alto)	baja ejecución de las actividades previstas en el POA 2012	C	C
Inestabilidad laboral de la Coordinación Nacional y de los Coordinadores Provinciales	C	La excesiva rotación del/a responsable de la Coordinación Nacional no permite dar el seguimiento pertinente a la ejecución de las actividades y redonda en la prolongación de los tiempos para la ejecución operativa del programa.	C	C
Falta de Claridad en los requerimientos institucionales al momento de iniciar un proceso (consultorías, MIDUVI)	C	La identificación de sus necesidades dentro del contexto de intervención, no es específica, lo que indica el no alineamiento sobre los indicadores propuestos.	C	C

### 3.3.5 Criterios de calidad

Criterios	Puntuación	Comentarios
<b>Eficiencia</b>	B	La calidad en la planificación aún tiene debilidades
<b>Eficacidad</b>	C	Las tareas previstas, casi en la totalidad de los casos no se desarrollaron, lo que no ha permitido avanzar en alcanzar los logros requeridos.-
<b>Sostenibilidad</b>	-N/A	Las actividades ejecutadas hasta el momento-han sido básicamente sobre los aspectos administrativos y financieros, que han sentado las bases para el accionar de las actividades operativas
<b>Relevancia</b>	N/A-	-

### 3.3.6 Ejecución presupuestaria

Debido al reciente arranque efectivo del programa (septiembre de 2011), las actividades relacionadas con inversión a cargo de los ministerios ejecutores, aún no ha sido posible concretarlas en tanto a adjudicación o contratación; razón por la cual, el MSP y el MIDUVI, reportan una ejecución del 0%.

En referencia a los gastos relacionados con Medios Generales, el nivel de ejecución durante el año 2011 alcanza el 50,74%; con lo cual, la ejecución total del programa se ubica en el 14,24%, conforme se muestra a continuación:

<b>GRUPOS DE GASTO</b>	<b>PRESUPUESTO 2011 (USD)</b>	<b>EJECUCIÓN 2011 (USD)</b>	<b>%</b>
Inversión MSP	669.355,14	0	0
Inversión MIDUVI	147.800,00	0	0
Medios Generales	318.869,20	161.794,18	50,74
<b>TOTAL 2011</b>	<b>1.136,024,34</b>	<b>161.794,18</b>	<b>14,24</b>

### 3.3.7 Recomendaciones

Las recomendaciones se presentan en el siguiente cuadro:

<b>Recomendaciones</b>	<b>Fuente</b>	<b>Quien (actor)</b>	<b>Plazo</b>
Se hace necesario una planificación adecuada y realista que nazca desde los territorios y se inserte en el nivel nacional institucional para desde allí transversalizar las acciones con las establecidas en el PSAS.	POA`s	Equipos técnicos institucionales y del programa.	Q1, Q2, Q3 y Q4 del año N+1
De existir, analizar riesgos e hipótesis inherentes a la ejecución.	3.2.3	Equipo técnico: nacional y provincial	Q1, Q2, Q3 y Q4 del año N+1

## 4 Temas Transversales

### 4.1 Género

El programa tiene como punto de partida una mirada integral de la salud, desde la estrategia del nuevo modelo de atención que implementa el MSP y el mejoramiento del acceso a servicios de agua potable y saneamiento como fuente de intervención del MIDUVI. El PSAS toma en cuenta la población en condiciones de vulnerabilidad y el enfoque de género es fundamental, pues permite avanzar desde la concepción tradicional de restringir la sexualidad a la reproducción por un lado y por otro avanzar hacia la construcción de la igualdad entre hombres y mujeres comenzando por las relaciones personales.

La igualdad de género en la salud significa que las mujeres y los hombres se encuentran en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, combatir la falta de desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados.

El logro de la igualdad de género exige medidas concretas destinadas a eliminar las inequidades. El presente programa realizará una recopilación de información estadística diferenciada por sexo y de igual manera se tomarán en cuenta las diversas necesidades de hombres y mujeres y los materiales comunicacionales, los contenidos educacionales formales e informales tendrán una base sobre la igualdad de los géneros. En el personal del Programa y en los servicios de salud, se desarrollarán métodos e instrumentos que permitan crear acciones positivas para compensar las desigualdades existentes.

### 4.2 Medio ambiente

El crecimiento demográfico y la sobre todo la explotación de la naturaleza hace que en los actuales momentos todos los proyectos y programas deban considerar un enfoque ambientalista, por que implica una presión sobre los recursos existentes, particularmente en el trabajo. En el tema de la salud es necesario considerar el efecto que puedan tener los cambios demográficos sobre el tamaño y distribución de la población y su directa relación con el medio ambiente.

Además, a nivel global, las principales amenazas directas e indirectas para la salud debidas al cambio climático son la modificación de los patrones de enfermedad, la falta de agua y la inseguridad alimentaria, la vivienda y los asentamientos humanos más vulnerables, los eventos climáticos extremos, el crecimiento demográfico y la migración. Estas amenazas pueden cobrar víctimas, especialmente entre los menores y las personas mayores y, sobre todo, porque afecta la salud de los más pobres.

En el Ecuador, es motivo de preocupación el aumento de los eventos climáticos extremos con consecuencias para la seguridad alimentaria con efectos en la tasa de desnutrición, los índices de mortalidad, las enfermedades y traumatismos causados por condiciones extremas, la distribución de enfermedades de transmisión vectorial favorecida por temperaturas ambientes más altas, el incremento de enfermedades diarreicas por falta de abastecimiento de agua segura y la elevación del nivel del mar, así como enfermedades cardiorrespiratorias derivadas de la calidad del aire.

El marco legal para trabajar hacia la protección de la salud frente al cambio climático está asentado en el mandato de la Constitución: El artículo 14: *"Reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y*

*ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir, sumak kawsay; y declara de interés público la preservación del medio ambiente, la conservación de los ecosistemas, la biodiversidad y la recuperación de espacios naturales degradados". El mismo artículo menciona que "El Estado adoptará medidas adecuadas y transversales para la mitigación del cambio climático, mediante la limitación de las emisiones de gases de efecto invernadero, de la deforestación y de la contaminación atmosférica; tomará medidas para la conservación de los bosques y la vegetación, y protegerá a la población en riesgo."*

El reconocimiento por las autoridades nacionales y locales así como por el público en general sobre las enormes implicaciones que tiene el cambio climático para la salud, son elementos claves para enfrentar el cambio climático de manera eficaz; por lo tanto en el presente programa a la vez que se aborden otros enfoques, es necesario recrear también la responsabilidad en el cuidado del medio ambiente y las diferentes presiones que se ejercen sobre él con el actual modelo de desarrollo.

## 5 Seguimiento de las decisiones tomadas por la EMCL (Comité de Gestión)

Las decisiones que están a continuación corresponden a las reuniones oficiales del Comité de Gestión, luego de la firma del Convenio Específico.

<b>Decisiones</b>	<b>Fuente</b>	<b>Actor</b>	<b>Momento de la decisión</b>	<b>Estado</b>
Aprobación del POA 2011	Acta No. 6 de Comité de Gestión	SETECI, MIDUVI, MSP, CTB	Reunión de Comité de Gestión de 21 de Julio de 2011	Cumplido
Aclaración en relación a la contratación de personal	Acta No 7 de Comité de Gestión	SETECI, MIDUVI, MSP, CTB	Reunión de Comité de Gestión de 31 de agosto 2011	Cumplido
Aprobación de POA reprogramado 2011	Acta No 8 de de Comité de Gestión	SETECI, MIDUVI, MSP, CTB	Reunión de Comité de Gestión de 7 de octubre de 2011	Cumplido

## 6 Lecciones aprendidas

Las principales lecciones aprendidas en el año 2011 son las siguientes:

Lecciones aprendidas	Destinatarios
1/ Armado de un esquema gerencial claro y permanente como requisito para la conducción del programa hacia el objetivo específico. Realizar una planificación realista y coherente, así como un seguimiento permanente de las actividades planificadas, tanto a nivel nacional como en las 4 provincias.	Programa, MSP y MIDUVI
2/ Desconcentración real del programa hacia los territorios para el logro de los resultados previstos.	Programa, MSP y MIDUVI
3/ La estabilidad de los cargos técnicos en el MSP y el MIDUVI, tanto a nivel del Programa, del nivel central como en las 4 provincias, es fundamental. Por lo tanto, se debe garantizar esta estabilidad a fin de poder lograr los objetivos del Programa.	MSP y MIDUVI

## 7 Anexos

### 7.1 Marco lógico

Lógica de intervención	Indicadores objetivamente verificables	Medios de verificación	Supuestos
<p>Objetivo general:</p> <p>Contribuir al bienestar de la población en las provincias del norte del país a través del mejoramiento del acceso a servicios básicos</p>			
<b>Componente salud</b>			
<p>Objetivo específico 1:</p> <p>Mejorar el acceso de la población a una atención de salud Integral y de calidad en las provincias de Imbabura, Carchi, y Esmeraldas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Incremento de al menos el 10% anual de la tasa de utilización de los servicios integrales con finalidad pública de primer nivel en todos los grupos de edad en las micro redes de intervención del programa.</li> <li>✓ Al menos el 60% (8) más de las micro redes financiadas por el programa funcionando con recursos técnicos y financieros de las contrapartes.</li> <li>✓ Al menos 4 intervenciones estratégicas del programa se institucionalizan en el ámbito nacional.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- La Política de salud se reafirma en su carácter público</li> <li>- La situación política y económica del país permite el desarrollo de las actividades y de los procesos impulsados por el Proyecto y existen acuerdos de cooperación interinstitucional.</li> <li>- Las instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales del país participan activamente en las actividades del Proyecto.</li> </ul>
<p><b>Resultado 1.1:</b> Se cuenta con un conjunto de políticas que garanticen el ejercicio del derecho a la salud integral</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Al menos 3 políticas públicas de salud concertadas y adaptadas a la realidad territorial local especialmente en el área rural</li> </ul>	Documento de políticas difundido a los diferentes actores	Existe apertura del nivel nacional del MSP para la concertación y cooperación entre nivel de gobierno en el ámbito de la salud
<p><b>Act. 1.1.1</b> Proponer y concertar en forma participativa un conjunto de políticas que garanticen la aplicación del ejercicio del derecho a la salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Al menos 2 mecanismos de aplicación de políticas definidos, consensuados e implementados por territorio</li> </ul>	Documento de sistematización de mecanismos de aplicación de la política	
<p><b>Act. 1.1.2</b> Identificar, concertar y estructurar mecanismos de aplicación de políticas nacionales de en los territorios de intervención.</p>		Informes de monitoreo y evaluación	
<p><b>Resultado 1.2</b> Modelo de gestión de salud y de servicios de salud definido e implementado en las áreas intervenidas, con involucramiento de los actores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Modelo de gestión del sistema de salud y de servicios de salud concertado y funcionando entre los diferentes niveles de gobierno</li> <li>✓ Al menos el 70% de aplicación del modelo de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Documento de roles y funciones acordados e informes de implementación</li> <li>✓ Documentos de Planes de salud y de servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El modelo de gestión del estado continua siendo descentralizado, desconcentrado y participativo</li> <li>✓ Existe un escenario de</li> </ul>

Lógica de intervención	Indicadores objetivamente verificables	Medios de verificación	Supuestos
<b>Act. 1.2.1</b> Apoyar la definición, concertar roles y funciones en salud y en servicios de salud entre diferentes niveles de gobierno.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ aplicación del modelo de gestión del sistema de salud y de los servicios de salud.</li> <li>✓ Al menos el 80% de cumplimiento del Programa de fortalecimiento institucional para la gestión del sistema de salud y de los servicios de salud.</li> </ul>	Documento de roles y funciones en la gestión de salud por niveles de gobierno	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ escenario de concertación y cooperación entre el MSP y los GADs</li> <li>✓ La participación y control social se fortalecen en la nueva constitución</li> </ul>
<b>Act. 1.2.2</b> Diseñar, concertar e implementar el modelo de gestión participativo de salud y de servicios de salud en los territorios priorizados		Documento de modelo de gestión de salud provincial y de servicios de salud	
<b>Act. 1.2.3.</b> Operativizar y racionalizar el sistema de información de salud para la toma de decisión de manera territorial e integral		Instrumentos diseñados e informes de aplicación	
<b>Art. 1.2.4.</b> Diseñar e implementar el monitoreo y evaluación del desempeño del sistema de servicio de salud.		Documento e informes	
<b>Act. 1.2.5</b> Implementar mecanismos de participación y control social en la gestión de salud y de servicios de salud		Documento de sistematización e informes	
<b>Act. 1.2.6</b> Definir e implementar un Programa de fortalecimiento institucional de apoyo al modelo de gestión.		Documento de programa e informes de ejecución	
<b>Resultado 1.3:</b> Se cuenta con una propuesta de política de financiamiento y asignación de recursos financieros territorializada, diseñada e implementada con criterios de equidad y funcionalidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Al menos el 60% de la política de distribución de recursos presupuestarios y financieros de diversas fuentes implementándose.</li> <li>✓ Al menos el 80% de los recursos financieros concertados se han ejecutado con calidad del gasto.</li> <li>✓ Al menos 1 propuesta innovadora local de financiamiento para la gestión de los servicios de salud por territorio</li> </ul>	Manual de aplicación de criterios de asignación y distribución de recursos y evaluación del gasto	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Existen políticas nacionales para mejorar la asignación de recursos con equidad y articulando fuentes de financiamiento en salud.</li> <li>✓ La participación y control social se fortalecen en la nueva constitución</li> </ul>
<b>Act. 1.3.1</b> Elaborar de forma concertada una propuesta articulada y territorializada de distribución de recursos financieros de diversa fuentes		Documento de propuesta	
<b>Act. 1.3.2</b> Diseñar e implementar un sistema presupuestario y financiamiento plurianual de diversas fuentes con mecanismos transparentes de ejecución para la gestión de salud y de servicios de salud		Documento de diseño e informes de aplicación	
<b>Act. 1.3.3</b> Elaborar y operar un sistema de compras transparente y eficaz de forma electrónica (WEB)		Documento de diseño y número de compras realizada	

Lógica de intervención	Indicadores objetivamente verificables	Medios de verificación	Supuestos
<b>Act. 1.3.4</b> Definir, aplicar, monitorear y evaluar la asignación de los recursos financieros y la calidad de gasto de los servicios de salud.		Documentos de diseño e informes de aplicación	
<b>Act 1.3.5</b> Construir propuestas innovativas locales de financiamiento y gestión de los servicios de salud		Documento de alternativas de financiamiento e informes de aplicación	
<b>Resultado 1.4</b> Se ha mejorado la provisión de servicios de salud con calidad y articulación, en las áreas intervenidas en las provincias seleccionadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Al menos 12 sistema de prestación de servicios (micro redes) diseñadas y ejecutándose en los territorios intervenidos.</li> <li>✓ Al menos el 40% de cumplimiento de las referencias y contra referencia del nivel primario al nivel hospitalario y viceversa.</li> <li>✓ Al menos el 50% de establecimientos han adecuado sus servicios de atención a las realidades locales y culturales con calidad</li> <li>✓ Al menos el 70% de proveedores de los municipios y consejos provinciales que se han articulado a las micro redes de prestación de servicio s.</li> </ul>	<p>Informes sobre utilización, referencias y estancias hospitalarias</p> <p>Documentos de conformación de micro redes firmado por actores</p> <p>Informes de licenciamiento de proveedores con finalidad social</p> <p>Informe de inversión por unidad de primer nivel y por provincia y cantón.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Las instituciones están abiertas a que sus establecimientos de salud coordinen y cooperen.</li> <li>✓ Los profesionales de salud trabajan en consenso técnico y establecen modalidades organizacionales comunes</li> </ul>
<b>Act. 1.1.1</b> Conformar y ejecutar un sistema de provisión de servicios de salud en micro redes plurales por provincia, que incluya a prestadores de municipios y consejos provinciales del programa.			
<b>Act. 1.4.2</b> Licenciar a los establecimientos públicos y privados con finalidad pública			
<b>Act. 1.4.3</b> Fortalecer los procesos de atención integral de salud de primer y segundo nivel de salud.			
<b>Componente de Agua Potable y Saneamiento</b>			
Objetivo Específico 2: Mejorar los servicios de agua potable y fortalecimiento de la gestión sanitaria en las áreas seleccionadas			
<b>Resultado 2.1</b> Se ha Sistematizado el inventario y del diagnóstico de sistema de agua potable, saneamiento y recursos hídricos en las zona seleccionadas	4 provincias disponen inventarios y diagnóstico de los sistemas de agua potable, saneamiento y recursos hídricos.	Banco de datos	El Gobierno facilita el desarrollo del programa
<b>Act. 2.1.1</b> Recopilar la información, procesar y difundir el inventario y el diagnóstico			
<b>Resultado 2.2</b> Se cuenta con las normas, el Control y la vigilancia de la calidad del agua	Se dispone de una guía de normas de control y vigilancia de calidad del agua de consumo humano	Cartilla de normas de calidad del agua Actas de entrega recepción instrumentos	Las autoridades facilitan la coordinación interinstitucional local, JAAPs participativas
<b>Act. 2.2.1</b> Armonizar, difundir y apoyar la aprobación de las normas de calidad del agua y de mecanismos de control	Existe un control y vigilancia periódicos de la calidad del agua de consumo humano en las JAAPs de las zonas de intervención.		

Lógica de intervención	Indicadores objetivamente verificables	Medios de verificación	Supuestos
<b>Act. 2.2.2</b> Vigilar y fiscalizar la calidad de agua en la 5 provincias del programa			
<b>Resultado 2.3</b> Se ha mejorado La sostenibilidad de los sistemas de agua de consumo humano y se ha fortalecido la gestión sanitaria en las áreas seleccionadas	90% de las JAAPs se encuentran legalizadas y cuentan con personería jurídica Al menos el 10% de las JAAPs fortalecidas en cada una de las áreas intervenidas	Informes talleres, actas legalizadas, Informes de evaluación sistematizada.	Autoridades nacionales, locales y JAAPs apoyan el proceso,
<b>Act. 2.3.1</b> validar las metodología de intervención y fortalecer las capacidades locales y de las JAAPs,			
<b>Act. 2.3.2</b> Fortalecer la Organización y legalizar las JAAPs y Elaborar 30 planes de sostenibilidad,			
<b>Act. 2.3.3</b> Implementar 20 planes de sostenibilidad Integrales promedio por municipio y consejos provinciales			
<b>Act. 2.3.4</b> Monitorear y Evaluar 30 planes de sostenibilidad Integrales por municipio y consejos provinciales			
<b>Act. 2.3.5</b> Capitalizar y Multiplicar las lecciones aprendidas a nivel nacional,			
<b>Resultado 2.4</b> Se ha concientizado a los actores en la Educación sanitaria, el manejo del medio ambiente y conservación del recurso agua	Al menos 50% de las escuelas seleccionadas se han capacitado y concienciado en los determinantes de la salud, educación sanitaria, manejo del medio ambiente y conservación del recurso agua de consumo humano. Talleres de capacitación a profesores	Herramientas de capacitación	Buena colaboración entre las instituciones involucradas
<b>Act. 2.4.1</b> Armonizar y unificar las herramientas de comunicación y capacitación.		Informes de reuniones y talleres	
<b>Act. 2.4.2</b> Capacitar a niños en el manejo del agua, educación sanitaria y conservación de las fuentes y campañas de educación a la población, con base a experiencias locales en marcha		Encuestas en escuelas y población	

## 7.2 Actividades M&E

Sistema de monitoreo y seguimiento:

Se ha implementado insumos de monitoreo y seguimiento con los equipos provinciales, analizando las opciones que nos permitan encontrar los acoples necesarios con los sistemas de implementación de las instituciones nacionales involucradas en la operatividad del PSAS. Se está desarrollando un Manual de Operaciones del PSAS, poniendo énfasis en el capítulo de *“los procesos de contrataciones de consultorías, bienes y servicios”*,

El punto focal del monitoreo ha estado centrado en la identificación de las zonas prioritarias y la validación de las unidades de salud que deberán ser intervenidas, acorde a lo establecido en la matriz de licenciamiento del MSP.

Así mismo, según la programación prioritaria, se han seguido las acciones que ha implementado el MIDUVI en relación a las inversiones que desarrollará según lo establecido en el Resultado 1 del componente Agua Potable y Saneamiento.

## 7.3 Informe Presupuesto frente al año/mes actual (‘Budget versus Actuals (y – m)’)

El Informe Presupuestario del año 2011, se sintetiza en la ejecución únicamente de la modalidad Regie, por cuanto los Ministerios Ejecutores no realizaron gasto alguno con aplicación a la modalidad Cogestión, debido a las diversas circunstancias que se mencionan en este informe.

De acuerdo a ello, a continuación se presenta la ejecución registrada en el Sistema FIT de la CTB, en donde se verifica que en los Componentes Salud y Agua, no existen valores ejecutados. Entre tanto, en los Gastos de Funcionamiento, se registra una ejecución de EUR 124.457,06 que se refieren a gastos en personal CTB, inversiones en equipamiento, servicios, comunicaciones, insumos para oficina, necesarios para las actividades iniciales del equipo técnico del programa.

FIT - [Budget Execution Year-to-Date]										
Archivo Edición Vista Insertar Formato Registros Guiones Ventana Ayuda										
Budget vs Actuals (Year to Date) of ECU0702411										
Project Title : Programa de apoyo a la gestion local de los servicios de salud, agua potable y de saneamiento										
Budget Version: C01										
Currency : EUR										
YtD : Report includes all valid transactions, registered up to today										
	Status	Fin Mode	Amount	Start - 2011	Expenses 2012	Total	Balance	% Exec		
<b>A COMPONENTE SALUD: MEJORAR EL ACCESO DE LA</b>			8.407.140,00	0,00	0,00	0,00	8.407.140,00	0%		
01 Se cuenta con un conjunto de políticas que garanticen el			540.000,00	0,00	0,00	0,00	540.000,00	0%		
01 Proponer y concertar en forma participativa un conjunto de		COGES	82.000,00	0,00	0,00	0,00	82.000,00	0%		
02 Identificar, concertar y estructurar mecanismos de		COGES	458.000,00	0,00	0,00	0,00	458.000,00	0%		
<b>02 Modelo de gestión de salud y de servicios de salud</b>			1.166.600,00	0,00	0,00	0,00	1.166.600,00	0%		
01 Diseñar, concertar e implementar el modelo de gestión		COGES	46.400,00	0,00	0,00	0,00	46.400,00	0%		
02 Apoyar la definición, concertar los roles y funciones en		COGES	50.400,00	0,00	0,00	0,00	50.400,00	0%		
03 Operativizar y racionalizar el sistema de información de		COGES	234.000,00	0,00	0,00	0,00	234.000,00	0%		
04 Diseñar e implementar el monitoreo y evaluación del		COGES	258.000,00	0,00	0,00	0,00	258.000,00	0%		
05 Implementar mecanismos de participación y control social		COGES	113.800,00	0,00	0,00	0,00	113.800,00	0%		
06 Definir e implementar un programa de fortalecimiento		COGES	464.000,00	0,00	0,00	0,00	464.000,00	0%		
<b>03 Se cuenta con una propuesta de política de</b>			1.014.340,00	0,00	0,00	0,00	1.014.340,00	0%		
01 Elaborar de forma concertada una propuesta articulada y		COGES	58.320,00	0,00	0,00	0,00	58.320,00	0%		
02 Diseñar e implementar un sistema de presupuestación y		COGES	280.800,00	0,00	0,00	0,00	280.800,00	0%		
03 Elaborar y operar un sistema de compras transparente y		COGES	138.000,00	0,00	0,00	0,00	138.000,00	0%		
04 Definir, aplicar, monitorear y evaluar mecanismos de		COGES	192.000,00	0,00	0,00	0,00	192.000,00	0%		
05 Construir propuestas innovativas locales de financiamiento		COGES	345.220,00	0,00	0,00	0,00	345.220,00	0%		
<b>04 Se han mejorado la provisión de servicios de salud con</b>			5.686.200,00	0,00	0,00	0,00	5.686.200,00	0%		
01 Conformer y ejecutar un sistema de provisión de servicios		COGES	2.599.360,00	0,00	0,00	0,00	2.599.360,00	0%		
02 Licenciar a los establecimientos públicos y privados con		COGES	273.064,00	0,00	0,00	0,00	273.064,00	0%		

03 Fortalecer los procesos de atención integral de salud de	COGES	2.813.776,00	0,00	0,00	0,00	2.813.776,00	0%
<b>B COMPONENTE AGUA: MEJORAR LOS SERVICIOS DE AGUA</b>		<b>2.200.000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>2.200.000,00</b>	<b>0%</b>
<b>01 Se ha sistematizado el inventario y el diagnóstico de</b>		<b>260.000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>260.000,00</b>	<b>0%</b>
01 Recopilar la información, procesar y difundir el inventario y	COGES	260.000,00	0,00	0,00	0,00	260.000,00	0%
<b>02 Se cuenta con las normas, el control y la vigilancia de la</b>		<b>226.000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>226.000,00</b>	<b>0%</b>
01 Armonizar, difundir y apoyar la aprobación de las normas de	COGES	7.000,00	0,00	0,00	0,00	7.000,00	0%
02 Vigilar y fiscalizar la calidad de agua en las 5 provincias del	COGES	219.000,00	0,00	0,00	0,00	219.000,00	0%
<b>03 Se ha mejorado la sostenibilidad de los sistemas de agua</b>		<b>1.566.000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1.566.000,00</b>	<b>0%</b>
01 Validar las metodologías de intervención y fortalecer las	COGES	16.000,00	0,00	0,00	0,00	16.000,00	0%
02 Fortalecer la organización y legalizar las JAAPs y elaborar	COGES	390.000,00	0,00	0,00	0,00	390.000,00	0%
03 Implementar 20 planes de sostenibilidad integrales promedio	COGES	1.110.000,00	0,00	0,00	0,00	1.110.000,00	0%
04 Monitorear y evaluar 30 planes de sostenibilidad integrales	COGES	20.000,00	0,00	0,00	0,00	20.000,00	0%
05 Capitalizar y multiplicar las lecciones aprendidas a nivel	COGES	30.000,00	0,00	0,00	0,00	30.000,00	0%
<b>04 Se ha concientizado a los actores en la educación</b>		<b>148.000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>148.000,00</b>	<b>0%</b>
01 Armonizar y unificar las herramientas de comunicación y	COGES	48.000,00	0,00	0,00	0,00	48.000,00	0%
02 Capacitar a niños en el manejo de agua, educación sanitaria	COGES	100.000,00	0,00	0,00	0,00	100.000,00	0%
<b>W RESERVA PRESUPUESTARIA</b>		<b>77.290,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>77.290,00</b>	<b>0%</b>
<b>01 Reserva presupuestaria</b>		<b>77.290,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>77.290,00</b>	<b>0%</b>
01 Reserva presupuestaria Administración directa Belga	REGIE	77.290,00	0,00	0,00	0,00	77.290,00	0%

FIT - [Budget Execution Year-to-Date]								
Archivo Edición Vista Insertar Formato Registros Guiones Ventana Ayuda								
Budget vs Actuals (Year to Date) of ECU0702411								
Project Title : Programa de apoyo a la gestion local de los servicios de salud, agua potable y de saneamiento								
Budget Version: C01								
Currency : EUR								
YtD : Report includes all valid transactions, registered up to today								
Status	Fin Mode	Amount	Start - 2011	Expenses 2012	Total	Balance	% Exec	
<b>Z MEDIOS GENERALES</b>		3.315.570,00	124.457,06	0,00	124.457,06	3.191.112,94	4%	
01 Gastos de personal		2.272.800,00	87.176,71	0,00	87.176,71	2.185.623,29	4%	
	01 Asesor técnico internacional (ATI SP) (1x48m)	600.000,00	54.428,53	0,00	54.428,53	545.571,47	9%	
	02 Personal apoyo MSP(10*18m)	825.600,00	0,00	0,00	0,00	825.600,00	0%	
	03 Personal apoyo Miduvi (4*48m)	384.000,00	0,00	0,00	0,00	384.000,00	0%	
	04 ATN-Apoyo institucional (4*48m)	345.600,00	17.675,94	0,00	17.675,94	327.924,06	5%	
	05 Coordinador Administrativo y Fin (CAF *48m)	86.400,00	14.173,68	0,00	14.173,68	72.226,32	16%	
	06 Personal logistica	31.200,00	898,56	0,00	898,56	30.301,44	3%	
02 Inversiones (Equipamiento)		66.000,00	31.568,37	0,00	31.568,37	34.431,63	48%	
	01 Vehículos 1	20.000,00	14.366,00	0,00	14.366,00	5.634,00	72%	
	02 Equipamento oficina	30.000,00	10.732,45	0,00	10.732,45	19.267,55	36%	
	03 Equipos IT	16.000,00	6.469,92	0,00	6.469,92	9.530,08	40%	
03 Gastos de funcionamiento		631.770,00	5.711,98	0,00	5.711,98	626.058,02	1%	
	01 Servicios y gastos de mantenimiento (vehículo y otros)	132.170,00	1.470,26	0,00	1.470,26	130.699,74	1%	
	02 Comunicaciones (tel y internet)	16.000,00	451,71	0,00	451,71	15.548,29	3%	
	03 Insumos, otros de oficina	30.000,00	0,00	0,00	0,00	30.000,00	0%	
	04 Misiones viaticos (ATN+ coord nacional)	93.600,00	0,00	0,00	0,00	93.600,00	0%	
	05 Gastos de representación y com externa	80.000,00	2.442,29	0,00	2.442,29	77.557,71	3%	
	06 Capacitaciones del personal	35.000,00	440,97	0,00	440,97	34.559,03	1%	
	07 Asesorias puntuales	230.000,00	0,00	0,00	0,00	230.000,00	0%	

Nivel anterior (Equipamiento)							
01 Vehículos 1	REGIE	20.000,00	14.366,00	0,00	14.366,00	5.634,00	72%
02 Equipamento oficina	REGIE	30.000,00	10.732,45	0,00	10.732,45	19.267,55	36%
03 Equipos IT	REGIE	16.000,00	6.469,92	0,00	6.469,92	9.530,08	40%
<b>03 Gastos de funcionamiento</b>		<b>631.770,00</b>	<b>5.711,98</b>	<b>0,00</b>	<b>5.711,98</b>	<b>626.058,02</b>	<b>1%</b>
01 Servicios y gastos de mantenimiento (vehículo y otros)	REGIE	132.170,00	1.470,26	0,00	1.470,26	130.699,74	1%
02 Comunicaciones (tel y internet)	REGIE	16.000,00	451,71	0,00	451,71	15.548,29	3%
03 Insumos, otros de oficina	REGIE	30.000,00	0,00	0,00	0,00	30.000,00	0%
04 Misiones viaticos (ATN+ coord nacional)	COGES	93.600,00	0,00	0,00	0,00	93.600,00	0%
05 Gastos de representación y com externa	REGIE	80.000,00	2.442,29	0,00	2.442,29	77.557,71	3%
06 Capacitaciones del personal	REGIE	35.000,00	440,97	0,00	440,97	34.559,03	1%
07 Asesorías puntuales	REGIE	230.000,00	0,00	0,00	0,00	230.000,00	0%
08 Gastos financieros	REGIE	5.000,00	-142,01	0,00	-142,01	5.142,01	-3%
09 IVA (presupuesto a 0)	REGIE	0,00	28,54	0,00	28,54	-28,54	7%
10 Otros gastos de funcionamiento	REGIE	10.000,00	1.020,22	0,00	1.020,22	8.979,78	10%
<b>04 Auditoria, seguimiento y evaluación</b>		<b>345.000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>345.000,00</b>	<b>0%</b>
01 Evaluaciones	REGIE	75.000,00	0,00	0,00	0,00	75.000,00	0%
02 Auditoria	REGIE	90.000,00	0,00	0,00	0,00	90.000,00	0%
03 Seguimiento interno CTB	REGIE	30.000,00	0,00	0,00	0,00	30.000,00	0%
04 Becas/Fondo de pasantias	REGIE	150.000,00	0,00	0,00	0,00	150.000,00	0%
	REGIE	2.089.660,00	124.457,06	0,00	124.457,06	1.965.202,94	6%
	COGEST	11.910.340,00	0,00	0,00	0,00	11.910.340,00	0%
	<b>TOTAL</b>	<b>14.000.000,00</b>	<b>124.457,06</b>	<b>0,00</b>	<b>124.457,06</b>	<b>13.875.542,94</b>	<b>1%</b>



Budget vs Actuals (Year to Date) of FCI0702411 Printed on wensday 01 februari 2012

page: ?

## 7.4 Beneficiarios

Los beneficiarios **directos** son:

- Ministerio de Salud Pública.
- MIDUVI.
- Los Servicios de Salud con finalidad pública de los territorios priorizados.
- Las Juntas Administradoras de Agua Potable y Saneamiento de las zonas de intervención.

Los beneficiarios **indirectos** son:

- La totalidad de la población de las zonas de intervención del programa y su prioridad, la población de los quintiles 1y 2.
- Los Gobiernos Autónomos Descentralizados de las zonas de intervención.
- La CONAGOPARE, instancia que agrupa las Juntas Parroquiales del país.

## 7.5 Planificación operacional Q1-2012

Sobre la base de la planificación financiera realizada en el último trimestre del año 2011, el programa realizó ciertos ajustes a la planificación operacional para el año 2012 y, entre los elementos principales, se registraron ajustes en los rubros de inversión, de acuerdo con los Planes Operativos Anuales que los dos Ministerios ejecutores realizaron a fines del año 2011 en sus propias instancias ministeriales.

Específicamente, para el Q1-2012, el Componente Salud ha planificado ejecutar un monto de EUR 197.155,76; el Componente Agua planificó ejecutar un monto de EUR 54.615,38 y, en relación a los Gastos para Medios Generales, se estima ejecutar un valor de EUR 190.258,58

En tal sentido, para el Q1-2012, se ha planificado ejecutar EUR 311.502,18 en la modalidad Cogestión y EUR 130.527,54 en la modalidad Regie; por lo cual, la programación financiera para éste primer período asciende a **EUR 442.029,73**, cuyo detalle se presenta a continuación:

COMPONENTES, SUBCOMPONENTES, ACTIVIDADES, TAREAS, RESULTADOS	Q1-2012 (USD)	Q1-2012 (EUR)
<b>COMPONENTE SALUD: Mejorar el acceso de la población a una atención integral y de calidad en las Provincias de: Imbabura, Carchi, Manabí y Esmeraldas</b>	<b>\$ 256.302,49</b>	<b>197.155,76</b>
<b>1. Se cuenta con un conjunto de políticas que garanticen el ejercicio del derecho a la salud integral</b>	<b>\$ 12.645,00</b>	<b>9.726,92</b>
1.1 Proponer y concertar en forma participativa un conjunto de políticas que garanticen la aplicación del ejercicio del derecho a la salud con énfasis en el área rural.	\$ 12.645,00	9.726,92
1.2 Identificar, concertar y estructurar mecanismos de aplicación de políticas nacionales de salud en los territorios de intervención.	\$ 0,00	0,00
<b>2. Modelo de gestión de salud y de servicios de salud definido e implementado en las áreas intervenidas, con involucramiento de los actores</b>	<b>\$ 32.657,49</b>	<b>25.121,15</b>
2.1 Concertar e implementar el modelo de gestión participativo de salud y de servicios de salud en los territorios priorizados.	\$ 3.120,00	2.400,00
2.2 Apoyar la definición, concertar roles y funciones en salud y en servicios de salud entre diferentes actores de la red pública de salud.	\$ 0,00	0,00
2.4 Diseñar e implementar el monitoreo y evaluación del desempeño del sistema de servicio de salud.	\$ 0,00	0,00
2.5 Implementar mecanismos de participación y control social en la gestión de salud y de servicios de salud.	\$ 29.537,49	22.721,15
2.6 Definir e implementar un Programa de fortalecimiento institucional de apoyo al modelo de gestión.	\$ 0,00	0,00

<b>3. Se cuenta con una propuesta de política de financiamiento y asignación de recursos financieros territorializada sostenible diseñada e implementada con criterios de equidad y funcionalidad.</b>	<b>\$ 0,00</b>	<b>0,00</b>
3.1 Elaborar de forma concertada una propuesta articulada y territorializada de distribución de recursos financieros de diversa fuente.	\$ 0,00	0,00
3.2 Diseñar e implementar un sistema de presupuestación y financiamiento plurianual de diversas fuentes con mecanismos transparentes de ejecución para la gestión de salud y de servicios de salud.	\$ 0,00	0,00
3.4 Definir, aplicar, monitorear y evaluar mecanismos de asignación de los recursos financieros y la calidad de gasto de los servicios de salud.	\$ 0,00	0,00
<b>4. Se han mejorado la provisión de servicios de salud con calidad y articulación en las áreas intervenidas en las provincias seleccionadas</b>	<b>\$ 211.000,00</b>	<b>162.307,69</b>
4.1 Conformar y ejecutar un sistema de provisión de servicios de salud en redes publicas de salud en los territorios de intervención del programa.	\$ 0,00	0,00
4.2 Licenciar los establecimientos públicos y privados con finalidad pública	\$ 46.000,00	35.384,62
4.3 Fortalecer los procesos de atención integral de salud de primer y segundo nivel según la normativa nacional.	\$ 165.000,00	126.923,08

<b>COMPONENTE AGUA: Mejorar los servicios de agua potable y fortalecimiento de la gestión sanitaria en las áreas seleccionadas de las provincias de: Imbabura, Carchi, Manabí y Esmeraldas</b>	<b>\$ 71.000,00</b>	<b>54.615,38</b>
<b>1. Se ha sistematizado el inventario y el diagnóstico de sistemas de agua potable, saneamiento y recursos hídricos en las zonas seleccionadas</b>	<b>\$ 64.000,00</b>	<b>49.230,77</b>
1.1 Recopilar la información, procesar y difundir el inventario y el diagnóstico en las provincias de Imbabura, Carchi, Manabí y Esmeraldas	\$ 64.000,00	49.230,77
<b>2. Se cuenta con las normas, el control y la vigilancia de la calidad del agua</b>	<b>\$ 7.000,00</b>	<b>5.384,62</b>
2.1 Armonizar, difundir y apoyar la aprobación de las normas de calidad del agua y de mecanismos de control	\$ 0,00	0,00
2.2 Vigilar y fiscalizar la calidad del agua en las 4 provincias del programa	\$ 7.000,00	5.384,62
<b>3. Se ha mejorado la sostenibilidad de los sistemas de agua potable en las áreas seleccionadas</b>	<b>\$ 0,00</b>	<b>0,00</b>
3.1 Validar las metodologías de intervención y fortalecer las capacidades locales y de las JAAPs	\$ 0,00	0,00
3.2 Fortalecer la organización, legalizar las JAPPs y elaborar 4 planes de sostenibilidad	\$ 0,00	0,00
<b>4. Se ha concientizado a los actores en Educación Sanitaria, el manejo del ambiente y la conservación del recurso agua</b>	<b>\$ 0,00</b>	<b>0,00</b>
4.1 Armonizar y unificar las herramientas de comunicación y capacitación. Talleres de capacitación a profesores	\$ 0,00	0,00
<b>MEDIOS GENERALES</b>	<b>\$ 247.336,16</b>	<b>190.258,58</b>
Gastos de Personal	\$ 173.762,16	133.663,20
Inversiones (Equipamiento)	\$ 32.389,00	24.914,62
Gastos de funcionamiento	\$ 33.185,00	25.526,92
Auditoria, Seguimiento, Evaluación	\$ 8.000,00	6.153,85
<b>TOTAL EJECUCIÓN PSAS (ENE-DIC 2012)</b>	<b>\$ 574.638,65</b>	<b>442.029,73</b>

<b>TOTAL COGESTIÓN</b>	<b>\$ 404.952,84</b>	<b>311.502,18</b>
<b>TOTAL REGIE</b>	<b>\$ 169.685,81</b>	<b>130.527,54</b>
<b>TOTAL PSAS 2012</b>	<b>\$ 574.638,65</b>	<b>442.029,73</b>

## PROGRAMACIÓN FINANCIERA PARA EL AÑO 2012.

Una vez que los ministerios ejecutores han presentado sus ajustes al Plan Operativo Anual del año 2012 se ha realizado el ajuste correspondiente a la planificación de los pagos que realizará directamente la CTB HQ durante este año; así como, el ajuste por la vigencia de las nuevas escalas de remuneraciones para el Sector Público Ecuatoriano debido a la aplicación de la Resolución No. MRL-2012-00021, emitida el 27 de enero de 2012 por el Ministerio de Relaciones Laborales (Anexo No. 2). Se ha consolidado la información en el POA del PSAS 2012 y será presentado próximamente al Comité de Gestión, para su aprobación definitiva, conforme establece el Documento Técnico Financiero DTF.

En resumen, una vez que se apruebe el POA, la programación financiera en EUR para el año 2012 es la siguiente:

Project N°	ECU0702411								<b>Belgische Technische Coöperatie</b> Plannings Vereniging van publiek recht met sociaal oogmerk <b>Coopération Technique Belge</b> Société Anonyme de droit public à finalité sociale
Project Name	PROGRAMA DE APOYO A LA GESTIÓN LOCAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD, AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO - PSAS								
Currency (x1000)	EUR								
Planning	2012-Q1								
<b>FINANCIAL PLANNING</b>									
Budget	Financial Planning - NEXT QUARTERS								
Total Budget	Q	Q+1	Q+2	Q+3	Y	Y+1	Y+2	Y+3	
	2012-Q1	2012-Q2	2012-Q3	2012-Q4	2012	2013	2014	2015	
(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(g)	(h)	(i)	(j)	
Cogestion'	11.910,34	311,50	954,88	600,04	495,16	2.361,58	5.466,75	4.082,06	0,00
Regie' (incl. TA)	2.089,66	130,53	120,82	129,30	151,90	532,55	773,99	655,60	0,00
TOTAL	14.000,00	442,03	1.075,70	729,34	647,06	2.894,13	6.240,74	4.737,66	0,00

Por componentes, la asignación prevista es la siguiente:

Componente Salud MSP:	EUR 1.714.2
Componente Agua MIDUVI:	408.4
Componente Medios Generales:	771.5

**TOTAL POA 2012 (en miles) EUR 2.894.1**