

DOCUMENTO TECNICO FINANCIERO

APOYO A LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE LA GESTIÓN EN SALUD DEL MUNICIPIO DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO

ECUADOR

CÓDIGO DGD: 3010061

CÓDIGO NAVISION: ECU 10 026 11



LA COOPERACIÓN BELGA
AL DESARROLLO **.be**

TABLE DES MATIÈRES

ABREVIACIONES	4
RESUMEN EJECUTIVO	5
FICHA TÉCNICA DE LA INTERVENCIÓN	7
1 ANÁLISIS DE SITUACION	8
1.1 CONTEXTO	8
1.2 COMPORTAMIENTO SEXUAL, EMBARAZOS A TEMPRANA EDAD E ITS	9
1.3 LA SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES.....	11
1.4 ANÁLISIS ESTRATÉGICO FODA Y DE POTENCIALIDADES, DESAFÍOS, RIESGOS Y LIMITACIONES URBANAS Y	15
2 ORIENTACIONES ESTRATEGICAS	18
2.1 ORIENTACIONES GENERALES DEL PROYECTO.....	18
2.2 BENEFICIARIOS/AS.....	20
2.3 UBICACIÓN DEL PROYECTO.....	21
2.4 ORGANIZACIONES SOCIAS.....	22
2.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	23
3 PLANIFICACIÓN OPERATIVA	25
3.1 OBJETIVO GENERAL	25
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	25
3.3 COMPONENTES, RESULTADOS, ACTIVIDADES, MEDIOS Y TAREAS.....	25
3.4 SISTEMATIZACIÓN Y DIFUSIÓN.....	30
3.5 INDICADORES Y FUENTES DE VERIFICACIÓN.	30
4 RECURSOS NECESARIOS	31
4.1 RECURSOS HUMANOS	31
4.2 RECURSOS MATERIALES Y EQUIPAMIENTO.....	31
4.3 RECURSOS FINANCIEROS	32
5 MODALIDAD DE EJECUCIÓN	33

5.1	MARCO LEGAL Y RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS	33
5.2	ESTRUCTURAS DE GESTIÓN Y EJECUCIÓN DEL PROYECTO	33
5.3	GESTIÓN FINANCIERA.....	37
5.4	PRESUPUESTO.....	39
5.5	GESTIÓN DE LOS RECURSOS.....	41
5.6	PROCESOS DE CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS.....	42
5.7	MODALIDAD DE INFORMACIÓN Y SEGUIMIENTO.....	46
5.8	GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS.....	47
5.9	COMUNICACIÓN EXTERNA E INTERNA.....	49
5.10	CIERRE DEL PROYECTO	50
5.11	APROBACIÓN DE LAS ADAPTACIONES DEL DTF	51
6	TEMAS TRANSVERSALES.....	52
6.1	MEDIO AMBIENTE (INCLUYE ADAPTACIÓN AL CAMBIO CLIMÁTICO)	52
6.2	GÉNERO	53
6.3	DERECHO DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.	56
6.4	VIH-SIDA.....	56
7	ANEXOS.....	58
7.1	MARCO LÓGICO	58
7.2	DETALLE DEL PRESUPUESTO TOTAL BASE DE CÁLCULO.....	70
7.3	CRONOGRAMA DE INTERVENCIÓN	71
7.4	TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA EL PERSONAL.....	73
7.5	MACRO PROCESO FONDO PROVENIENTE DE LA CTB	75
8	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80

ABREVIACIONES

AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
APROFE	Asociación Pro bienestar de la Familia Ecuatoriana
BCE	Banco Central del Ecuador
CAD	Centro de Asistencia al Desarrollo
CAPS	Centros de Atención Ambulatoria
CDN	Convención de los derechos del Niño
CEMEI's	Servicios Médicos de los Centros Municipales de Atención Inicial
CEMOPLAF	Centro Ecuatoriano de Planificación Familiar
CEPAM	Centro Ecuatoriano de la Promoción de la Mujer
CNNA	Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia
CONAMU	Consejo Nacional de las Mujeres
COPASOC	Comité de Participación de Socios
DMQ	Distrito Metropolitano de Quito
EMCL	Estructura Mixta de Concertación Local
ENDEMAIN	Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil
ENIPLA	Estrategia Nacional de Planificación Familiar
GAD's	Gobiernos Autónomos Descentralizados
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INFA	Instituto Nacional de la Niñez y la Familia
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LOSNCP	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública
MAC	Métodos Anticonceptivos
MDMQ	Municipio del Distrito Metropolitano de Quito
MSP	Ministerio de Salud Pública
OCDE/CAD	Organización de Cooperación y Desarrollo Económico/Comité de Asistencia para el Desarrollo
ONG's	Organismos No Gubernamentales
ONUSIDA	Organización de Naciones Unidas especializada en la prevención del VIH
OPS-OMS	Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud
PNBV	Plan Nacional del Buen Vivir
POA	Plan Operativo Anual
PRONESA	Programa Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor
SENPLADES	Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo
SETECI	Secretaría Técnica de Cooperación Internacional
SS	Secretaría de Salud
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TDR's	Términos de Referencia
UMSC	Unidad Municipal de Salud Centro
UMSN	Unidad Municipal de Salud Norte
UMSS	Unidad Municipal de Salud Sur
UNFPA	United Nations Population Found
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
VIH/SIDA	Virus de Inmuno Deficiencia Humano

RESUMEN EJECUTIVO

La salud sexual y reproductiva es un aspecto central en la vida de adolescentes y jóvenes ecuatorianos, la manera cómo es vivida y socializada por ellas y ellos es trascendental para el resto de sus vidas, sin embargo en nuestra sociedad no hay un reconocimiento de la importancia que tiene este tema para el desarrollo integral de esta etapa de los seres humanos, estableciéndose una de las grandes brechas generacionales al negar y desconocer que efectivamente ellas y ellos están teniendo relaciones sexuales; este hecho tiene como resultado que las y los adolescentes tienen diversas barreras de acceso a los métodos anticonceptivos, por lo que es de suma importancia desarrollar políticas públicas que tomen en cuenta las necesidades de los y las adolescentes que viven en el Distrito Metropolitano de Quito –DMQ-.

El Proyecto “Apoyo a las líneas estratégicas de la gestión en salud del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito” aportará a la consecución de los objetivos previstos en el **“PROGRAMA METROPOLITANO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ÉNFASIS EN LA PREVENCIÓN DE EMBARAZO ADOLESCENTE”**, impulsado a través de la Secretaría de Salud, el cual plantea el fortalecimiento progresivo del mejoramiento de la calidad de los servicios de las Unidades Municipales de Salud, junto a una estrategia de participación y comunicación, coordinación intersectorial, gestión del conocimiento y promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Este proyecto aportará para que los y las adolescentes puedan tener acceso a servicios de salud diferenciados en las Unidades Municipales de Salud, implementando una cultura de mejoramiento de la calidad en los aspectos técnicos y de atención de los servicios, así como información adecuada a la población involucrada sobre la salud sexual y reproductiva, la prevención de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y relaciones más igualitarias entre los géneros, considerando además el enfoque intercultural e intergeneracional con estrategias y metodologías innovadoras que permitan un diálogo y aceptación en la población adolescente.

El proyecto abordará la intervención, desde tres componentes: (A) fortalecimiento institucional de la Secretaría de Salud del MDMQ; (B) promoción de los derechos sexuales, derechos reproductivos y prevención del embarazo adolescente y; (C) inversiones en equipamientos médicos necesarios en el área de consulta externa de la Unidad Municipal de Salud Sur –UMSS-.

Se establecen como orientaciones estratégicas: (a) generar una experiencia puntual de mejoramiento de la calidad en servicios de salud sexual y reproductiva diferenciada para adolescentes que luego pueda extenderse a otros servicios de atención; (b) realizar actividades sinérgicas intersectoriales entre salud, educación, deportes, inclusión social, participación local para la promoción de DSSR; (c) consolidar experiencias anteriores de la CTB en el mejoramiento de la calidad de atención generadas en el proyecto Salud de Altura y en el fortalecimiento de organizaciones de adolescentes generado desde el proyecto Ecuador Adolescente, y producir experiencias que puedan ser aplicadas en el proyecto de salud de la frontera norte apoyado por la CTB que está por iniciar su fase operativa; (d) garantizar la sostenibilidad del proyecto mediante la Institucionalización de los productos que se desarrollen en la presente propuesta en la SMS y finalmente (e)

alinearse en la Estrategia Nacional de Planificación Familiar con énfasis en la reducción del embarazo adolescente a ser implementada por el MSP.

El proyecto plantea además un reto importante, necesario de destacar, en cuanto a la nueva forma de administración, en donde la Entidad Ejecutora será el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito –MDMQ- a través de la Secretaría de Salud, donde se asentarán tanto la coordinación como el manejo contable, con el propósito de apoyar el fortalecimiento institucional.

FICHA TÉCNICA DE LA INTERVENCIÓN

Titulo de la prestación	"Apoyo a las líneas estratégicas de la gestión en salud del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito"
Código DGD	3010061
Código Navision	ECU 10 026 11
Socios locales	Municipio del Distrito Metropolitano de Quito. Secretaría de Salud
Duración	3 años (2 años de ejecución mas un año)
Fecha de arranque de la ejecución	Enero 2012
Contrapartida ecuatoriana	606.707 EUR
Contrapartida belga	1.000.000 EUR
Código CAD	14030
Breve descripción de la intervención	La intervención está encaminada a mejorar la calidad y gestión para ofrecer servicios diferenciados para adolescentes y difundir entre la población el conocimiento de sus derechos para el ejercicio pleno de la ciudadanía.
Objetivo general	La calidad de vida de los/as adolescentes en situación de vulnerabilidad del DMQ ha sido mejorada
Objetivo específico	El acceso de los adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y el conocimiento de los derechos en salud sexual y reproductiva de adolescentes en situación de vulnerabilidad del DMQ han sido mejorados
Resultados esperados	<p>A Componente Fortalecimiento Institucional de la Secretaría de Salud del MDMQ.</p> <p>01: Fortalecidas las capacidades técnicas y de gestión de datos de la Secretaría de Salud del MDMQ.</p> <p>02: Incrementadas las coberturas y la calidad de las atenciones de salud de la población adolescente.</p> <p>B. Componente Promoción de los DSDR y prevención del embarazo adolescente.</p> <p>01: Incremento del numero de adolescentes que conocen sus derechos sexuales y reproductivos.</p> <p>C. Componente equipamientos médicos</p> <p>01: Realizadas las adecuaciones y equipamiento en el área de consulta externa en la Unidad Municipal de Salud Sur.</p>

1 ANALISIS DE SITUACION

1.1 Contexto

En los últimos años la sociedad ecuatoriana ha desarrollado una mayor conciencia respecto a la problemática de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, se han aprobado diferentes marcos regulatorios y de políticas públicas como la ley nacional para la educación de la sexualidad y el amor, ley de maternidad gratuita y atención a la infancia, Plan Nacional de Derechos, Salud Sexual y Reproductiva, Plan Nacional de Reducción del Embarazo Adolescente, acuerdos ministeriales para la prevención del acoso y abuso sexual en el ámbito educativo, las normas de planificación familiar con un capítulo para aplicación en población adolescente, se expandieron los servicios amigables para adolescentes, etc.

Gran parte de estos avances han sido promovidos por el activismo de diferentes organizaciones de la sociedad civil especialmente de mujeres y también por los datos estadísticos disponibles sobre el incremento de: embarazos adolescentes (20% de los embarazos totales en el 2008 en comparación con el 6% presentado hace 20 años. Producción de establecimientos de salud. INEC 1990 y 2009), así como el incremento de los casos ITS y VIH-SIDA en adolescentes y jóvenes según las estadísticas del Programa Nacional del VIH-SIDA 2008.

Un embarazo en la adolescencia, desencadena un comportamiento reproductivo, que involucra contar con una probabilidad de 4 hijos o más. Vale destacar entonces, que a más de los factores mencionados, la presencia del embarazo en la adolescencia, y el acceso y utilización de métodos de anticoncepción influyen en la fecundidad.

Según el INEC en el año 2008, pese al gran subregistro que existe, el aborto constituye la octava causa de muerte materna. Según esta misma fuente, para el año 2008 los egresos hospitalarios del país por los efectos de aborto, como la sepsis, representaron el 3.6%, ocupando el primer lugar de la morbilidad femenina.

Entre los años 1998 y 2009 se registraron 225 mil egresos hospitalarios por abortos en los servicios del Ministerio de Salud. En algo más de una década se incrementó de once mil abortos a veinticinco mil, es decir más del doble.

Los elevados índices de embarazo adolescente y cada vez a edades más tempranas, las bajas coberturas de: los programas de atención de salud y contracepción en población adolescente han alertado a las autoridades de turno sobre la necesidad de implementar servicios diferenciados y de calidad dirigidos a población adolescente.

Entre las principales causas de este problema se señala que ellos y ellas no acuden a los servicios porque están estructurados para población adulta y no cumplen con sus expectativas, no existe confidencialidad, no se los entiende ni atiende de manera adecuada, se les juzga negativamente y también porque no consideran que la sexualidad se relacione con los servicios de salud.

Concomitantemente con esto la sociedad maneja patrones socio-culturales que continúan asociando a la sexualidad con la reproducción, impidiendo que sea tratado en

la educación, en los servicios de salud y en las familias como un tema fundamental en la formación de las personas.

Esto ha tenido como consecuencia que los avances en Ecuador han sido lentos e intermitentes con permanentes amenazas de retroceder pues voces de sectores conservadores tienen mucha influencia en los medios de comunicación y en grupos y personajes políticos de influencia que frente a iniciativas para enfrentar estos problemas generan un gran conflicto político para las autoridades que deciden emprender acciones en este tema; para mencionar un ejemplo de esto, en el Ecuador durante la elaboración de la nueva Constitución, el 80 % de artículos y temas en los medios de comunicación hicieron referencia negativa de aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva como el aborto¹, identidad y opción de género, derecho a decidir el número de hijos, derecho a la salud sexual y reproductiva, etc.²

En la experiencia latinoamericana han sido pocos los personajes políticos que se han atrevido a mantener políticas públicas consistentes y permanentes respecto a este tema pues con frecuencia se han debilitado cuando han estado sujetos a escrutinios.

También han sido sujetos de crítica los organismos de cooperación internacional que han apoyado proyectos o programas dedicados a trabajar en la promoción de los derechos y salud sexual y reproductiva.

1.2 Comportamiento sexual, embarazos a temprana edad e ITS

En el Ecuador, la Tasa Global de Fecundidad –TGF- es de 3.3 hijos por mujer, sin embargo, existen diferencias marcadas entre distintos grupos poblacionales, así por ejemplo en el área urbana es de casi 3 hijos por mujer, mientras que en el ámbito rural se aproxima a 4, es decir un hijo más. En lo étnico cultural, las mujeres indígenas tienen casi 5 hijos en promedio durante su vida, mientras que el promedio de mujeres no indígenas bordean los 3 hijos.

Las diferencias más importantes se dan en el nivel de instrucción alcanzado y los niveles de pobreza, las mujeres que no tienen ningún nivel de instrucción formal, tienen aproximadamente 6 hijos durante su vida, mientras que las mujeres con educación superior tienen 2, es decir una tercera parte. En cambio las mujeres que pertenecen al primer quintil de pobreza tienen en promedio 5.1 hijos es decir, casi 2 hijos más que el promedio nacional, y 3.2 hijos más que el quintil de mayor ingreso.

En cuanto a los embarazos no esperados que según los datos del ENDEMAIN 2004³, el 20% de los embarazos que terminan en nacimientos son reportados como no deseados; cabe señalar además que del total de hijas/os de las mujeres indígenas que tuvieron durante toda su vida, 2 fueron no deseados, representando el 30% de la TGF para este

¹ Mujeres a media tinta. Estudio publicado sobre como trataron los medios de comunicación los derechos de las mujeres en el contexto de la elaboración y aprobación de la Constituyente 2008. CONANMU 2008

² Idem

³ Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infancia, Informe final 2004.

grupo.

Con respecto a los niveles de educación, se observa que el porcentaje que representa la fecundidad no deseada para las mujeres sin ningún nivel de instrucción es tres veces mayor que el de las mujeres que tienen educación superior⁴, a esto se debe añadir que según la ENDEMAIN 2004, el 15% del total de embarazos no son deseados, etc. En el mismo análisis, se determinó que una mujer que recibió maltrato antes de los 15 años de edad, tiene 1.15 veces más posibilidad de tener 2 o 3 hijos, y 1.23 veces más posibilidades de tener 4 o más hijos.

La información disponible nos permite caracterizar a las personas en situación de mayor vulnerabilidad como son las mujeres indígenas, adolescentes, pobres con escasa instrucción, ubicada en zonas periurbanas o rurales

Table 1 : Tasa Global de Fecundidad por Grupos y Año

Grupos & año	TGF -niveles-			TGF -% horizontal-		
	Deseado	No Deseado	Total	Deseado	No Deseado	Total
Pais						
Nacional (09)	2,6	0,8	3,4	76%	24%	100%
Nacional (04)	2,6	0,7	3,3	79%	21%	100%
Area						
Urbana (99)	2,3	0,5	2,8	82%	18%	100%
Urbana (04)	2,3	0,6	2,9	79%	21%	100%
rural (99)	3,2	1,2	4,4	73%	27%	100%
rural (04)	3,1	0,8	3,9	79%	21%	100%
Grupo Etnico						
indigena (04)	3,5	1,4	4,9	71%	29%	100%
mestizo (04)	2,5	0,6	3,1	81%	19%	100%
Nivel de Instrucción						
ninguno (99)	3,9	1,7	5,6	70%	30%	100%
ninguno (04)	4,4	1,3	5,7	77%	23%	100%
superior (99)	1,7	0,2	1,9	89%	11%	100%
superior (04)	1,7	0,2	1,9	89%	11%	100%

Fuente: Endemain 1999 y 2004

A medida que aumentan los niveles de escolaridad de las mujeres, disminuye la probabilidad de tener una descendencia mayor al promedio nacional. Tener educación secundaria, determina 1.47 veces más posibilidad de tener 2 o 3 hijos, y 1.12 veces más posibilidad de tener 4 o más hijos, que una mujer que alcanzó educación superior.

Por otro lado, las mujeres que han usado métodos anticonceptivos, tienen 0.56 veces menos probabilidad de tener 2 o 3 hijos, y 0.65 menos probabilidad de tener 4 o más hijos.

En el mismo análisis, se determinó que una mujer que recibió maltrato antes de los 15 años, tiene 1.1 veces más posibilidad de tener 2 o 3 hijos, y 1.23 veces más

⁴ Estas brechas existentes, no se han modificado en términos generales desde la anterior encuesta (ENDEMAIN 1999), y por ende las diferencias no son estadísticamente diferentes en el tiempo. De hecho la TGF a nivel nacional en 1999 fue de 3.4, y la TGF en el 2004 fue de 3.3. Como estas aproximaciones se derivan de un levantamiento muestral, la diferencia de 0.1 no es estadísticamente diferente de cero.

⁵ Expresado como un odds ratio, que es la forma exponencial de los parámetros de un logit multinomial

posibilidades de tener 4 o más hijos. Un embarazo en la adolescencia, desencadena un comportamiento reproductivo, que involucra tener con mayor probabilidad 4 o más hijos, que solo un hijo.

Vale destacar entonces, que las determinantes que influyen en la fecundidad son: la presencia de embarazo en la adolescencia, nivel de escolaridad, vivir en zonas rurales y urbanas marginales y el acceso y utilización de métodos de anticoncepción.

1.3 La salud sexual y salud reproductiva en adolescentes

Es importante recalcar que las altas tasas de fecundidad inciden en los bajos niveles de escolaridad para las madres e incorporación temprana y de manera precaria al mercado laboral para adolescentes hombres y mujeres y por consiguiente provocan niveles de desarrollo humano inferiores a los promedios nacionales; de igual manera, los bajos niveles de escolaridad causan un comportamiento reproductivo superior al promedio nacional, lo que se evidencia en la problemática relativa a la fecundidad de adolescentes.

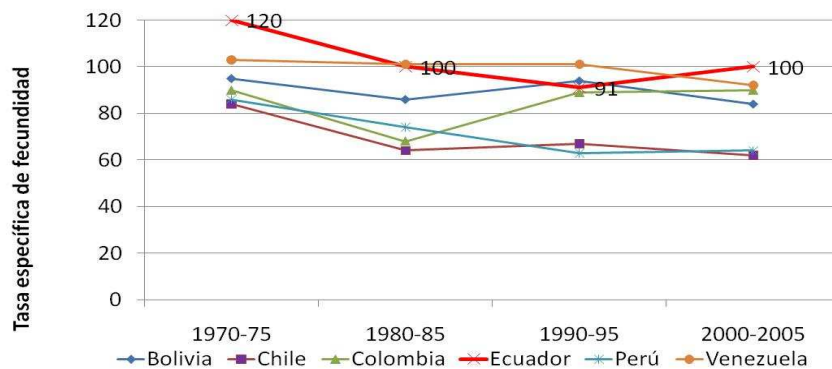


Figure 1: Tendencias de Fecundidad en las Adolescentes de la Subregión Andina
FUENTE: CELADE 2009

Con relación al impacto económico, se observa que, en promedio, un hijo adicional a partir del tercero, se traduce en una disminución del gasto per cápita familiar en aproximadamente 34%, con un efecto en la restricción presupuestaria y empobrecimiento del hogar. Lo anterior implicaría la disminución de la tasa de matrícula de la población adolescente entre 12 y 18 años. Asimismo el impacto en la restricción presupuestaria, estaría asociado a la desnutrición y desarrollo infantil del hijo/a recién nacido/a.

Por otro lado, se determinó que un embarazo en la adolescencia reduce 2.5 años de escolaridad para las mujeres y por cada hijo adicional, las mujeres tienen un año menos de escolaridad, lo que dificulta el desarrollo integral de las mujeres y en el caso de las mujeres más pobres determina la reproducción del círculo de pobreza.

No obstante del interés del estado ecuatoriano y el compromiso asumido en marcos

internacionales y de derechos del país, todavía los/as adolescentes en su conjunto, no han recibido la suficiente atención en estos aspectos, lo cual está generando importantes implicaciones sociales y económicas, que incluyen procesos de socialización precarios, efectos adversos para su salud en general, y específicamente en su salud sexual y salud reproductiva, dificultades y falta de oportunidades para la formación escolar y de futura inserción laboral. Estos aspectos repercuten negativamente en la posibilidad de alcanzar las metas en su desarrollo social e individual.

Con relación al acceso a métodos anticonceptivos (MAC), en el Ecuador, se presenta el fenómeno con una marcada diferencia entre el conocimiento amplio de los métodos modernos de anticoncepción que reporta el 97.0% de la población adolescente y el uso de estos métodos entre adolescentes que solo es de 56% y de manera esporádica. Lo más llamativo es que solo el 13,5% reportaron que usaron MAC en la primera relación sexual.⁶

Ambos indicadores hacen referencia a la accesibilidad a cualquier método moderno y no se menciona si fue prescrito o no, pues para el uso de condón por ejemplo no se necesita prescripción médica, sin embargo en el caso de los/as adolescentes su acceso es limitado para todo tipo de anticoncepción moderno, incluido el condón.

Debido a su edad, las y los adolescentes tienen diversas barreras de acceso a los métodos anticonceptivos, para abordarlas y superarlas, es necesario partir de una comprensión sociocultural de dichas barreras, que nos permita reconocer sus derechos, los comportamientos sexuales y reproductivos, los significados y valores de la sexualidad, partiendo del conocimiento de que jóvenes y adolescentes ejercen su sexualidad.

Investigaciones de orden cualitativo desarrolladas en el país y en la subregión andina, plantean que la primera barrera de acceso se da justamente, en relación a que la población adulta en general y el personal de salud en particular, no reconoce la sexualidad de las y los adolescentes, por el contrario, se plantea que la población adolescente carece de madurez y responsabilidad y que por tanto, el ejercicio pleno de su sexualidad es deslegitimado. Lo que acentúa la idea de que la sexualidad está fuertemente ligada a la reproducción, propia de nuestra matriz cultural. Esto genera ciertas respuestas desde la población adulta, vinculadas más a un tema de control moral de la sexualidad, que a dar respuestas efectivas, científicas y garantizar así la salud sexual y reproductiva.

Otra barrera importante tiene que ver con que entre los y las adolescentes el tema de la sexualidad no es considerado por ellos y ellas un tema de salud pues no están enfermos/as, tampoco está relacionado a servicios de salud ni a profesionales de salud a lo que se debe añadir la falta de confianza que adolescentes y jóvenes sienten en los servicios de salud, ligado a que en los mismos, no se garantiza la confidencialidad y tampoco se cuenta con ambientes en que las y los adolescentes y jóvenes encuentren una atención amigable que les facilite tomar decisiones autónomas sobre su propia salud. Más aún cuando en un primer momento, no han sentido que sus demandas han sido satisfechas, lo que determina que muy probablemente no retornen al servicio.

⁶ ENDEMAIN 2004

Los problemas arriba señalados se agravan al tratarse de mujeres adolescentes sobre quienes pesan relaciones de poder inequitativas que tienden a querer controlar el ejercicio de su sexualidad y asociarla desde la infancia a la maternidad y no tanto, a la posibilidad de desarrollarse integralmente, en este sentido los discursos y las prácticas tienden a ver a las adolescentes como futuras madres, para quienes el ejercicio de la sexualidad debe iniciarse asociado a la reproducción, esta asociación de la sexualidad con la maternidad es particularmente más fuerte para las adolescentes indígenas o que tienen entre sus ancestros inmediatos padres, madres o abuelos/as que se autodefinen como tales.

También es de anotar que cuando se trata de la población indígena, lo primero que se debe reconocer es que para estos grupos la adolescencia no existe como parte del ciclo de vida, por el contrario de la niñez se pasa a la juventud y con ello se adquiere un rol social diferenciado de los niños y niñas. Esta especie de “invisibilidad” de la adolescencia está asociada al matrimonio en edades muy tempranas, desde una perspectiva blanco mestiza.

Desde los servicios de salud, no se han generado metodologías ni estrategias que permitan responder a las demandas y necesidades de la población joven afro, indígena, o que no está vinculada a centros educativos o de trabajo formal, reconociendo las especificidades culturales y las problemáticas específicas de estos grupos, lo que implica que las y los jóvenes no acceden a los servicios, salvo en momentos de emergencia por morbilidad y en el caso de las mujeres, cuando hay un embarazo de por medio.

Por otro lado, la paternidad adolescente, en la mayoría de los países latinoamericanos, no se encuentra suficientemente investigada y no ha generado intervenciones de tal magnitud que promuevan un cambio social. La identidad de género sustentada a través de la maternidad se encuentra potenciada culturalmente en las mujeres, no así el significado de la identidad paterna en los hombres, lo cual constituye una desventaja para lograr corresponsabilidad en los casos de embarazo adolescente. Ni en la adolescencia ni en la edad adulta la paternidad se constituye en el imaginario social con el peso de la maternidad.

La evidencia empírica disponible muestra que los hombres que fueron padres durante la adolescencia experimentan implicaciones en su trayectoria de vida, en términos de un menor logro educacional alcanzado y una mayor inserción en el mercado laboral a edades tempranas, entre otros⁷. Acerca de las teorías sobre la paternidad adolescente ha predominado una mirada desde la ausencia y lo negativo⁸ o la resistencia a incluirse en los estudios demográficos y epidemiológicos⁹. Las investigaciones y las intervenciones sobre paternidad consolidan, en muchas ocasiones, la figura estereotipada del padre y más aún del padre adolescente.

De una manera resumida, a continuación se grafica esta situación en el árbol de problemas construido con la SMS, técnicos de las AZ y organizaciones de la sociedad civil.

7 ORAS 2008

8 Fuller, 2002

9 Lyra, 1997



Figure 2 : Árbol de problemas

1.4 Análisis estratégico FODA y de potencialidades, desafíos, riesgos y limitaciones urbanas y

<p>Objetivo</p>	<p>Fortalezas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.-el MDMQ tiene mayor sostenibilidad de la atención de salud y la promoción de DSSR 2.-trabajo coordinado de las instancias municipales 3.-disposición de mejorar la calidad de los servicios de salud y mejorar las coberturas de atención a adolescentes. 4.-instrumentos y métodos desarrollados por salud de altura y Ecuador adolescente. 	<p>Debilidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.-la SSR no convoca a adolescentes 2.-burocrático, demorado 3.-que MDMQ lo haga solo 4.- que no se apegue a la realidad y que no establezca real contacto con adolescentes
<p>Oportunidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- decisión política de autoridades del gobierno central y local de trabajar en DSSR y prevención del embarazo adolescente, ENIPLA 2.-fortalecimiento organizaciones 3.-fortalecimiento agendas del MDMQ y de organizaciones de la sociedad civil. 4.-apoyo a la incidencia pública de las organizaciones 5.-redes de referencia <p>Apoyar iniciativas</p>	<p>POTENCIALIDADES</p> <p>Fuerte voluntad política en el municipio y en la presidencia de la República para trabajar en el tema. Municipio está fortaleciendo la participación comunitaria con enfoque integral</p> <p>Buen prestigio de las UMS y predisposición para implementar un programa de mejoramiento de la calidad de los SS.</p> <p>Red pública de servicios de salud en marcha.</p> <p>Política nacional sobre embarazo adolescente</p> <p>Condiciones favorables para trabajo en red con organizaciones de la sociedad civil</p> <p>Fortalecería las agendas de organizaciones de la sociedad civil que trabajan con enfoque de derechos.</p> <p>Aumento de coberturas de atención a adolescentes</p> <p>Mas probabilidades de sostenibilidad</p>	<p>DESAFÍOS</p> <p>Coordinación y complementación adecuada con MSP</p> <p>Formar la red pública de salud</p> <p>Establecer mecanismos de gestión ágiles y seguros</p> <p>Trabajar con grupos de adolescentes y jóvenes que no son poblaciones cautivas.</p> <p>Desarrollar los enfoques de género, intercultural, etc</p> <p>Diseñar estrategias adecuadas para trabajar con adolescentes que no estudian ni trabajan o que trabajan en el sector informal de la economía.</p> <p>Desarrollo de una cultura de mejoramiento de la calidad en los SMS</p> <p>Desarrollar acciones conjuntas e integrales con otras secretarías municipales</p> <p>Mantener motivados al personal y a la población beneficiaria.</p> <p>Diseño de mecanismos para agilizar la gestión de recursos</p>
<p>Amenazas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.-que se politice 2.-que se institucionalice 3.-que se reemplace el protagonismo de la sociedad civil 3.- que se forme en cliché y adoctrinamiento 	<p>RIESGOS</p> <p>Duplicación de actividades con el MSP</p> <p>Limitaciones presupuestarias</p> <p>La institucionalización del tema</p> <p>Reemplazo del protagonismo de la sociedad civil</p> <p>Que no se convoque a las nuevas culturas urbanas</p> <p>Que no se apliquen metodologías adecuadas para trabajo en el tema con adolescentes</p> <p>Que la estructura de la UNSS se afecte seriamente si hay un desastre natural</p> <p>Aumento importante de la demanda de servicios de tercer nivel y escasa capacidad de respuesta</p> <p>Privilegiar la atención del tercer nivel</p> <p>No haya compromiso y entusiasmo en otras secretarías</p> <p>Cuestionamiento de grupos opositores</p>	<p>LIMITACIONES</p> <p>Trámites complicados para gestión de recursos</p> <p>Concentración de funciones y competencias en el MSP</p> <p>Falta de continuidad de la cooperación externa</p> <p>Falta consolidar a los equipos de salud de las administraciones zonales.</p> <p>No hay disponibilidad de recursos para cumplir el mandato de aumentos salariales de la LOSEP</p> <p>Superposición de necesidades políticas sobre las técnicas</p> <p>La SSR no convoca a la participación de adolescentes</p> <p>Politización de los procesos de participación</p> <p>Sistema de información obsoleto</p> <p>Elevada rotación de personal directivo de UMS</p> <p>Escasa integración del trabajo operativo con otras secretarías municipales</p>

Basándose en el análisis FODA con diferentes actores institucionales que incluye a las autoridades y los equipos técnicos de la SMS, técnicos de las unidades municipales de salud que trabajan en las administraciones zonales y de organizaciones de la sociedad civil como ACJ, PRODH, CEPAJ, Mujeres por la vida, INREDH, Colectivo el Churo, Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género, se realizaron los cruces entre las oportunidades y las fortalezas para determinar las potencialidades, entre las oportunidades y las debilidades para determinar los desafíos y entre las amenazas y las fortalezas para determinar los riesgos y entre las amenazas y las debilidades para determinar las limitaciones que se presentan a continuación:

Se estableció que existe una gran voluntad política tanto de la Presidencia de la República como de la Alcaldía de Quito para atender las necesidades de contracepción, planificación familiar y la prevención del embarazo adolescente a través de la estrategia ENIPLA, las que se constituyen en grandes **oportunidades** para desarrollar programas y proyectos relacionados con este contenido. Adicionalmente, el Plan Nacional de prevención del embarazo en adolescentes y el Comité Interinstitucional para ejecutar dicho Plan del que la SS forma parte, configuran un marco institucional que favorece la articulación de política pública y programática del nivel nacional con el local.

De una manera participativa el equipo formulador conjuntamente con el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, analizamos las condiciones para el desarrollo del presente proyecto, encontrando como las principales **potencialidades** el marco normativo y técnico nacional y local, la voluntad política, el trabajo de organización y participación comunitaria con enfoque integral que además está siendo visto con aprobación por la ciudadanía en general pero en particular de los sectores menos favorecidos, el prestigio de las unidades municipales de salud, la determinación para que se mejore la calidad de los servicios, las disposiciones de la máxima autoridad municipal para que las acciones en la población adolescente se den de manera coordinada, integral e intersectorial entre las diferentes instancias municipales del eje social y con enfoque territorial son otros factores importantes a favor que tiene el MDMQ y la SS, la política pública fundamentada en el mandato constitucional para conformar la red pública de servicios de salud en la que confluyen los servicios de atención de todas las instituciones públicas con el fin de garantizar el derecho a la salud de los grupos prioritarios, entre los que se cuentan las y los adolescentes, así como la decisión del MDMQ de construir la política social de una manera participativa y coresponsable con las organizaciones de la sociedad civil, particularmente para trabajar en red en la promoción de los DSSR y aumentar las coberturas de atención y la difusión de derechos de una manera sostenible desde la instancia municipal. El tiempo estimado de duración del proyecto (24 meses) es el adecuado para el logro de los objetivos planteados.

Para el presente proyecto se presentan como **desafíos** importantes lograr que la población adolescente en situación de vulnerabilidad acceda a servicios de salud, consejería y planificación familiar, así como la coordinación y complementación adecuada con el MSP y la formación efectiva de la red pública de servicios de salud pero además de ello, la necesidad de establecer mecanismos de gestión más ágiles y mecanismos de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios y el desarrollo de los enfoques de derechos, género, intercultural, intergeneracional y ambientales tanto en los instrumentos de recolección de información, análisis de las diferencias y

desigualdades, como en los contenidos, metodologías y acciones positivas para favorecer a los grupos excluidos.

Siendo la problemática de la SSR en adolescentes y jóvenes multidimensional, exige un trabajo integral con las secretarías metropolitanas de educación, cultura, inclusión social y de coordinación territorial y participación ciudadana para desarrollar acciones conjuntas que intervengan desde sus diferentes ámbitos en una misma población y de esta manera se potencien sus resultados.

Por otro lado el trabajo con grupos de adolescentes y jóvenes que no son poblaciones cautivas como los que no estudian ni trabajan o están vinculados al sector informal de la economía, representa un nivel de complejidad para su ubicación capacitación y organización por lo que se deberá diseñar estrategias adecuadas para llegar a ellas.

Los **riesgos** que se presentarían para la ejecución del presente proyecto se relacionan con la posibilidad de que se dupliquen acciones con el MSP, que existan además limitaciones presupuestarias y que una vez que asuman estos temas las instituciones públicas se reemplace o anule el protagonismo de las organizaciones de la sociedad civil; aparte de esto, también es de preocupación de las organizaciones que no se establezca un diálogo con las diferentes culturas urbanas y que se exacerbe el activismo de grupos conservadores que ejerzan presión sobre las autoridades para retroceder en estas políticas públicas o confundir a la población principalmente a través de la difusión del miedo y la culpabilización hacia las mujeres.

Otros riesgos se relacionan con las condiciones estructurales de los edificios 2 y 3 de la UMSS que se verían fuertemente afectados en caso de desastres naturales y el incremento de la demanda de servicios provocado por el mandato constitucional de gratuidad en servicios públicos y la poca capacidad de respuesta, pues se presenta el fenómeno de demanda directa de servicios especializados de tercer nivel en detrimento de los servicios provistos por la atención primaria de salud y la desmotivación del personal y frustración de la población de no recibir toda la atención solicitada a especialistas del nivel hospitalario.

En cuanto a las **limitaciones** se mencionaron la excesiva concentración de funciones y competencias en el MSP, los trámites complicados para gestión de recursos y la falta de disponibilidad de recursos para cumplir el mandato de aumentos salariales de la nueva ley del servicio público así como un sistema de información obsoleto y la elevada rotación de personal directivo de UMS que no ha permitido consolidar a los equipos de salud de las administraciones zonales.

En otro ámbito, las limitaciones en los enfoques que pueden llevar a una superposición de necesidades políticas sobre las técnicas y la politización de los procesos de participación y la falta de acciones integrales de todas las secretarías para solucionar los problemas de la población. Una de las limitaciones más destacadas para el desarrollo de las actividades de promoción es que la SSR no convoca a la participación de adolescentes por lo que se deberá implementar estrategias, metodologías e instrumentos muy innovadores y previamente validados para que impacten en la población beneficiaria.

2 ORIENTACIONES ESTRATEGICAS

2.1 Orientaciones Generales del proyecto

Las orientaciones estratégicas planteadas para el presente proyecto se encaminan a obtener resultados de la articulación entre las necesidades de mejoramiento de la gestión de la SMS y la calidad de los servicios de salud con los lineamientos del “Programa metropolitano de salud sexual y reproductiva con énfasis en la prevención de embarazo adolescente” ya existente planteados en el documento de identificación, para lo cual se consideró importante desarrollar un marco conceptual, instrumentos y métodos que produzcan una coherencia e interacción entre los dos temas y que adicionalmente tomen como aportes complementarios las experiencias generadas en proyectos anteriores apoyados por la asistencia técnica de la CTB.

- a. Generar una experiencia específica de mejoramiento de la calidad en servicios de SSR en adolescentes que luego pueda extenderse a otras áreas de atención.

El mejoramiento continuo de la calidad es un instrumento efectivo para el progreso de la gestión pero siendo amplio su ámbito de acción, es importante que los recursos del presente proyecto contribuyan al desarrollo de las condiciones físicas, técnicas e instrumentales para la implementación de un sistema de atención de calidad centrada en los y las adolescentes que se inicie con la puesta en marcha de la historia clínica electrónica que permitirá la recopilación de datos que se transformarán en información para los análisis e implementación de las mejoras de la atención de los servicios para adolescentes.

El eje fundamental del mejoramiento de la calidad es la posibilidad de la medición de los procesos y los resultados, de tal manera que es necesario sentar las bases del recogimiento, procesamiento y análisis de la información que debe convertirse en un hábito de trabajo en los servicios de salud y en la SMS.

Para la creación, fortalecimiento y mantenimiento de estos hábitos es necesario crear una serie de instrumentos y métodos, que en lugar de convertirse en un trabado adicional, sea más bien una fuente continua de investigación y desarrollo de los recursos humanos que les permita salir de la rutina y les ubique en la posición de generadores de conocimiento que dignifica su trabajo.

Generalmente llevar adelante procesos de mejoramiento de la calidad requiere de fuertes liderazgos técnicos y gerenciales que deben ser desarrollados en los equipos y conlleva un fuerte compromiso de trabajo que solo es alcanzable por la elevada motivación del personal y éste es el motor fundamental de los cambios que han sido aspirados durante mucho tiempo en los servicios de salud. Por lo tanto esta experiencia será significativa para el mejoramiento de la calidad en general y se podrá reproducir en todos los servicios.

- b. Sinergias intersectoriales salud + educación + inclusión social + participación ciudadana y coordinación territorial + cultura + deportes para la promoción DSSR.

Desde la conferencia mundial de Alma Ata en 1975 donde se impulsó la promoción de la salud, uno de los aprendizajes más importantes es el trabajo intersectorial en lo que ahora se denomina determinantes sociales de la salud.

El MDMQ ha planteado que para obtener óptimos resultados de sus programas se hagan intervenciones sinérgicas entre los diferentes sectores especialmente del ámbito de lo social.

De esta manera la promoción de los DSSR en los y las adolescentes está enmarcada en una propuesta más amplia del MDMQ en el mejoramiento de la calidad de vida de los y las adolescentes que comprende uso del tiempo libre, organización, liderazgo, participación, complementación de estudios, acceso a tecnologías de la información, promoción de la cultura y el deporte.

De esta manera se logrará la transversalización de los enfoques de derechos, género, intergeneracional e intercultural y colocar en la agenda de otras instancias la preocupación por la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.

- c. Consolidar experiencias de la CTB relacionadas a los temas del presente proyecto.

En el Ecuador, la Cooperación Técnica Belga cuenta con antecedentes importantes en el desarrollo del sector salud desde aproximadamente 2 décadas que inició con el proyecto de erradicación del bocio endémico que tuvo mucho éxito y otros proyectos dedicados al fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud en varias regiones del país. Con el presente proyecto se relacionan de manera particular las siguientes experiencias:

El proyecto Fortalecimiento de Servicios Públicos de Salud –Salud de Altura-, desarrollado en el MDMQ entre los años 2005 y 2009 con el apoyo de la CTB, generó insumos importantes de mejoramiento de la calidad que deben ser adecuados a las actuales políticas nacionales y locales, por lo que la Secretaría de Salud considera importante avanzar en el proceso iniciado por este proyecto y extenderlo a todas las unidades de salud de la micro red municipal, que incluya el manejo de los enfoques de derechos, género, interculturalidad, intergeneracional, la veeduría y control social como herramientas importantes de la gobernabilidad.

Por otro lado, el proyecto *Ecuador Adolescente* que se desarrolló en varias provincias del país durante un período de 4 años desde 2004 hasta el 2008 apoyado por la CTB, generó experiencias importantes sobre el fortalecimiento de la organización, liderazgo y participación de adolescentes y metodologías para el empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos. Los materiales, metodologías de trabajo y las redes que se establecieron serán tomados como base para el impulso de la promoción de DSSR en los y las adolescentes del DMQ.

Los aportes técnicos y metodológicos del proyecto servirán para la aplicación en otros propuestas que se desarrollen con el apoyo de la CTB como el Programa de Apoyo a la Gestión Local de los Servicios de Salud, Agua y Saneamiento, cuyo objetivo global es: *“Contribuir al bienestar de la población en las provincias del norte del país a través del mejoramiento del acceso a los servicios básicos de salud, agua y saneamiento en las provincias de Carchi, Imbabura, Esmeraldas y Manabí a ser implementado en el país en los próximos meses.*

- d. Institucionalización de los productos que se desarrollen en el proyecto bajo el liderazgo de la SMS.

El proyecto implementará servicios de atención diferenciada para adolescentes como una respuesta a las necesidades de esta población y en cumplimiento de las políticas nacionales y locales por lo que la institucionalización de estos servicios es mandatoria en las unidades de salud y se lo hará de manera progresiva y adecuándolos a sus realidades.

Por otro lado los productos que se desarrollen para el mejoramiento de la calidad al tener un carácter técnico y no político, al finalizar el proyecto estarán dentro de la normativa de los servicios de salud pues serán un aporte significativo en la evolución de los servicios municipales de salud y de la red pública de salud implementada por el MSP en el distrito. Por otro lado la SS tiene prevista la institucionalización de todos los temas relacionados con la Promoción de los DSSR mediante la promulgación de una ordenanza municipal, que adecúe la Agenda de salud del DMQ con el marco constitucional y Código Orgánico de Ordenamiento Territorial Autonomía y Descentralización –COOTAD- actualmente vigentes

- e. Alineación con la ENIPLA

El programa del gobierno central y del MSP más íntimamente relacionado con el presente proyecto es la ENIPLA que corresponde a una de las políticas más importantes del presente gobierno en materia de DSSR y salud de los y las adolescentes, de tal manera que la complementariedad entre la ENIPLA y el presente proyecto se dará en muchos aspectos; pero el valor agregado desde el MDMQ es la mayor posibilidad del trabajo intersectorial y la vinculación directa que el municipio tiene con la población para realizar actividades de promoción de DSSR en población no cautiva y los programas amplios de participación local y territorial en las administraciones zonales, al que los ministerios de salud, educación o inclusión social no tienen acercamiento directo.

2.2 Beneficiarios/as

El presente proyecto está enmarcado en el ámbito de la salud, que incluye, la atención en salud y programas de mejoramiento continuo de la calidad, a través de los servicios municipales de salud en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y los proyectos

de promoción de los derechos sexuales y reproductivos y de prevención del embarazo adolescente que la Secretaría de Salud desarrolla en coordinación con el Comité Interinstitucional para la disminución del embarazo adolescente.

2.2.1 Beneficiarios/as directos

Los beneficiarios directos son por un lado las direcciones técnicas de la Secretaría de Salud: Dirección de salud colectiva, Dirección de vigilancia, Dirección de gestión de servicios de salud y las unidades de salud municipales y por otro las 22.000 adolescentes y jóvenes que acuden a los servicios de salud, centros educativos y a los programas de inclusión de adolescentes y jóvenes del DMQ y 10.000 adultos padres de familia de los centros de desarrollo comunitario que residen en el Distrito Metropolitano de Quito, que hacen un total de 32.000 personas.

En cuanto a la población de adolescentes y jóvenes, se encuentran incluida la población de las zonas suburbanas y rurales con acceso limitado a los servicios de salud.

2.2.2 Beneficiarios indirectos

La población potencialmente beneficiada de manera indirecta, serán 15.000 padres y madres de familia de estudiantes de las instituciones educativas y 100.000 adolescentes y jóvenes que habitan en las zonas urbanas marginales del DMQ, que recibirán los mensajes comunicacionales sobre los temas desarrollados en el proyecto; en total 115.000 habitantes.

En esta población se prevé las diferentes actividades relacionadas con la atención y promoción de la salud.

2.3 Ubicación del proyecto

El ámbito geográfico de ejecución del proyecto es el territorio del Distrito Metropolitano de Quito con una población de 2.215.820 habitantes; 659.475 mujeres en edad fértil, 396.000 jóvenes entre 15 y 24 años y 100.000 mujeres en edad fértil ubicadas en los quintiles 1 y 2 de pobreza por ingresos, de las cuales 30.000 aproximadamente son adolescentes.

En cuanto a la extensión, el DMQ tiene un total de 425.532 hectáreas, divididas en ocho administraciones zonales: Quitumbe, Eloy Alfaro, Manuela Sáenz (centro), Eugenio Espejo (norte), La Delicia, Calderón, Tumbaco y Valle de los Chillos.

En el siguiente cuadro, se visualizan las parroquias urbanas, suburbanas y rurales del DMQ.

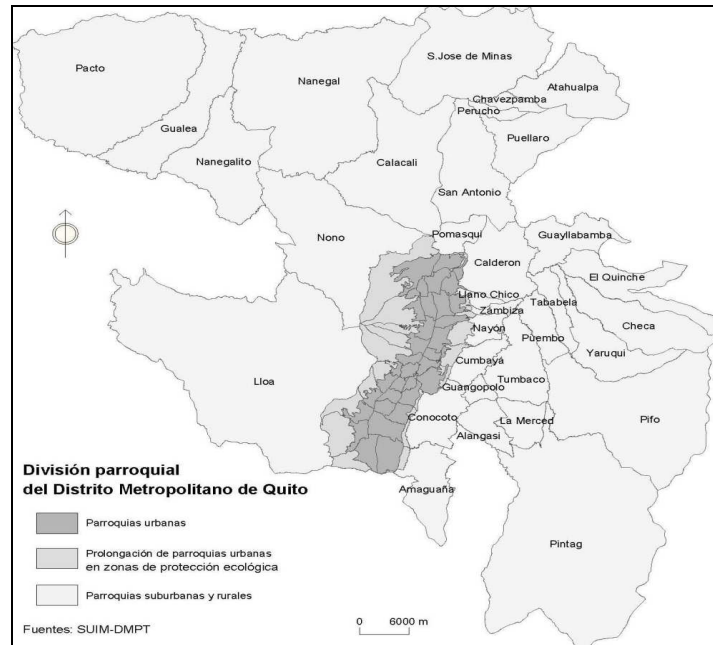


Figure 3 : Parroquias urbanas, suburbanas y rurales del DMQ

El Municipio del Distrito Metropolitano de Quito propuso para el proyecto la adecuación de su unidad hospitalaria llamada “centro de atención materno-infantil unidad San José”, que está ubicada en el sur de la ciudad. Esta unidad hospitalaria es un referente de atención para casi toda la población del sector sur de la ciudad y que se encuentran ubicados en los quintiles 1 y 2 de pobreza.

2.4 Organizaciones Socias

La principal organización socia externa para el desarrollo del presente proyecto es el MSP a través de su Dirección Provincial de Salud de Pichincha que tiene la red de atención de salud pública más amplia en el DMQ y que será la responsable de aplicar a nivel local la ENIPLA.

Al interior del municipio las principales organizaciones socias son las secretarías de educación, inclusión social, territorio y participación, Fundación Patronato San José que integran el sector social y territorial. Principal protagonismo para las actividades de promoción tendrán las Administraciones Zonales en donde confluyen las actividades directas con la población y donde se ejecutan coordinadamente las actividades de las secretarías-

2.5 Justificación de la intervención

La salud sexual y reproductiva es un componente central en la vida de los/as adolescentes y jóvenes ecuatorianos, la manera cómo es vivida y socializada por ellos y ellas es trascendental para el resto de sus vidas.

Por esta razón la SS a través del presente proyecto tiene previsto manejar los enfoques de derechos, género, intercultural, intergeneracional y ambiental a fin de que se permita visualizar las inequidades entre mujeres y hombres, entre las etnias y culturas, las diferentes edades y las relaciones con el medio ambiente y poder adecuar las intervenciones en correspondencia con las necesidades de cada grupo.

Las diferencias sexuales ubican a las personas en un lugar distinto frente a los hijos, la pareja y el proyecto de vida, y esta diferencia muchas veces se traslada al plano social para justificar situaciones de desigualdad en derechos y obligaciones de hombres y mujeres.

Para promover la toma de decisiones de manera libre e informada sobre aspectos de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes es necesario hablar de sexualidad, de medidas de prevención y de auto cuidado, es necesario hablar de prácticas de riesgo y de acceso a los anticonceptivos; de embarazos no planeados, de relaciones de pareja, de los derechos que tiene todo adolescente de decidir en qué momento y con quién tiene relaciones sexuales, del derecho a manifestar su opinión y del derecho a estar bien informado y a recibir atención profesional en áreas que afecten su sexualidad y su reproducción.

A fin de responder adecuadamente a las necesidades de la población y garantizar el derecho ciudadano de recibir una atención de salud de calidad, se plantea como una prioridad mejorar la calidad de la atención de las unidades de salud del MDMQ y sus micro redes de servicios, en el marco de la reorientación del modelo de atención vigente en las unidades de salud del DMQ hacia un “modelo de atención integral, familiar y comunitario” como lo establece la Política de Protección Social del Ministerio de Salud Pública (MSP, Modelo de atención integral, familiar y comunitario, Quito, 2009). Para ello se pretende introducir programas de mejoramiento continuo de la calidad en todas las unidades de salud de la red municipal, con perspectiva de género e intercultural, que incluya la veeduría y control social. En este ámbito el proyecto Fortalecimiento de Servicios Públicos de Salud –Salud de Altura-, generó insumos importantes que deben ser adecuados a las actuales condiciones de trabajo en el Municipio y en concordancia con las políticas nacionales vigentes.

En este contexto, se hace necesario que la red de servicios de salud del Distrito, desarrolle servicios de atención a las adolescentes para responder a las necesidades no satisfechas de esta población y mejorar sus condiciones y calidad de vida.

El proyecto tiene como punto de partida fortalecer la Unidad Municipal del Sur como el principal referente de los servicios de salud municipales y realizar las adecuaciones y equipamiento necesarios para brindar atención diferenciada a adolescentes y también atender los casos de violencia de género como dos temas que se complementan. Por otro lado la Secretaría de Salud considera importante avanzar en el proceso iniciado con el Proyecto Salud de Altura para el mejoramiento de la calidad de los servicios así como

la implementación de programas de promoción de los DSDR y prevención del embarazo adolescente, para lo cual es importante impulsar el desarrollo de capacidades técnicas y de gestión en la Secretaría de Salud como instancia definidora de políticas, control y evaluación así como a nivel de las unidades municipales de salud como entidades desconcentradas adscritas a la SS.

Por lo tanto, es primordial la asistencia técnica para desarrollar esta iniciativa que complementa acciones desplegadas anteriormente por los proyectos financiados por la CTB como Salud de Altura y Ecuador Adolescente, en un contexto más favorable pues hay definiciones más claras en el marco jurídico y en las políticas públicas en los temas relacionados al presente proyecto, teniendo siempre como precaución metodológica desarrollar indicadores y metodologías de trabajo que permitan identificar las diferencias entre los géneros, etnia, edad y la relación con el medio ambiente.

Es importante señalar que además de las intervenciones en salud deberán desarrollarse actividades desde otras secretarías metropolitanas con el fin de que el abordaje sea integral y sinérgico para dar respuestas a diferentes condicionantes de la vida de los y las adolescentes como son la educación formal e informal, uso adecuado del tiempo libre, ingresos económicos familiares, cuidados infantiles, cultura y deportes.

Como se señaló anteriormente la planificación, infraestructura y equipamiento de las unidades de salud son competencia de los gobiernos municipales, de acuerdo a lo previsto en la Constitución del Ecuador¹⁰, esta situación, constituyó la base legal para que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través de la Secretaría de Seguridad y Gobernabilidad, contrate la consultoría CDCMDMQ-SSG-129-10 cuyo objeto es Evaluar los Aspectos Estructurales de la Unidad Municipal de Salud Sur.

El desarrollo de la consultoría referida, se basó en las Normativas internacionales para edificaciones destinadas a servicios de salud y el Índice de seguridad hospitalaria y el Índice de Vulnerabilidad. Los resultados obtenidos de este Estudio de Consultoría concluida en el presente año, demuestra claramente la necesidad de incidir hacia la consecución de un nuevo edificio de hospitalización de la Unidad Municipal Sur –UMSS-. Además, los resultados referidos han demostrado con pruebas de laboratorio la capacidad de carga de los edificios y la limitación en cuanto a posibles ampliaciones; por esta razón se reconsideró el planteamiento inicial de realizar ampliaciones y reemplazarlo por adecuaciones y remodelaciones de lo ya existente, dejando para un futuro la construcción de una nueva edificación cuando existan los recursos necesarios y que rebasan considerablemente los montos del presente proyecto.

¹⁰ Art. 264 de la Constitución del Ecuador, numeral 7.

3 PLANIFICACIÓN OPERATIVA

La planificación operativa se realizó considerando el marco legal y las políticas públicas vigentes tanto del gobierno central como del gobierno local que se describen a continuación.

3.1 Objetivo General

La calidad de vida de los/as adolescentes en situación de vulnerabilidad del Distrito Metropolitano de Quito ha sido mejorada.

Descripción

Con este objetivo se entiende que la sexualidad es un tema central en la vida de las personas y de manera particular en la adolescencia con algunas consecuencias como el embarazo en adolescentes, la deserción escolar, inserción temprana en el mercado laboral en condiciones precarias, son elementos que inciden en la calidad de vida y en las oportunidades para que los y las adolescentes desarrollen todas sus potencialidades.

3.2 Objetivo Específico

El acceso de los adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y el conocimiento de los derechos en salud sexual y reproductiva de adolescentes en situación de vulnerabilidad del DMQ han sido mejorados

Descripción

Este objetivo está encaminado a garantizar desde las instituciones públicas que hayan por una lado los servicios disponibles para la atención de adolescentes con los elementos necesarios y por otro, difundir entre la población el conocimiento de sus derechos para el ejercicio pleno de la ciudadanía.

3.3 Componentes, resultados, actividades, medios y tareas

A. Componente Fortalecimiento Institucional de la Secretaría de Salud del MDMQ.

Descripción

El proyecto en este primer componente pretende contribuir al fortalecimiento de la gestión de salud del MDMQ en sus diferentes niveles, mediante el apoyo al desarrollo de capacidades para el mejoramiento de la prestación y la calidad de servicios de salud con énfasis en la atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes y particularmente su función de registro, procesamiento y análisis de información para monitorear los procesos e implementar cambios de forma oportuna y que satisfagan a la población,

partiendo de los aportes y productos diseñados por el Proyecto Salud de Altura.

Resultado A 01. Fortalecidas las capacidades técnicas y de gestión de datos de la Secretaría de Salud.

A 01 01 Estudios sociológicos y antropológicos sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes del DMQ.

MEDIOS/TAREAS

A 01 01 01 Elaboración de los estudios de: información básica, CAP, sondeos de opinión, etc.

A 01 02 Formación de recursos humanos sobre derechos, salud sexual y reproductiva de adolescentes.

MEDIOS/TAREAS

A 01 02 01 Implementación de un programa de educación continua sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes, dirigido a comunicadores/as, educadores/as, promotores/as.

A 01 03 Fortalecimiento de una unidad de análisis estratégico de salud.

MEDIOS/TAREAS

A 01 03 01 Implementación de la historia clínica electrónica con las especificidades de género y edad.

Resultado A 02. Incrementadas las coberturas y la calidad de las atenciones de salud de la población adolescente.

A 02 01 Apoyo técnico para el desarrollo de metodologías e instrumentos para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

MEDIOS/TAREAS

A 02 01 01 Desarrollo y publicación de instrumentos y métodos de planeación, medición y mejoramiento de la calidad, con enfoque de género, intercultural e intergeneracional.

A 02 01 02 Desarrollo de servicios de atención diferenciada para adolescentes en las unidades municipales de salud y sus redes de primer nivel.¹¹

A 02 02 Capacitación continua y círculos de mejoramiento de la calidad para el personal de las UMS.

MEDIOS/TAREAS

A 02 02 01 1 programa de educación continua sobre mejoramiento de la calidad de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes, dirigido a personal responsable de la atención a adolescentes de los SMS.

A 02 02 02 Comités de mejoramiento continuo de la calidad creados y en funcionamiento en la Secretaria de Salud y las UMS.

A 02 02 03 Concurso metropolitano de mejores prácticas en el mejoramiento continuo de la calidad de servicios de salud para adolescentes.

B. Componente Promoción de los DSDR y prevención del embarazo adolescente

Descripción

Con este segundo componente se fortalecerán las organizaciones, los liderazgos y los conocimientos de la población adolescente, de padres y madres de adolescentes y especialmente de adolescentes que están fuera de la educación formal o vinculados al mercado laboral informal que tradicionalmente están fuera del alcance de las acciones de los ministerios del gobierno central en sus instituciones educativas y que por lo

¹¹ Incluyendo la Unidad Municipal del Sur

contrario para los gobiernos locales el acercamiento con pobladores y vecinos es mucho más fluido y eso aumenta las posibilidades de incidencia en la población adolescente con mayores afectaciones por la falta de acceso a servicios y protección social.

También se incrementarán las capacidades del personal de la SS, de las unidades municipales de salud educación, inclusión social y de las Administraciones Zonales para diseñar e implementar programas de promoción de DSSR de manera conjunta e intersectorial con otras instancias municipales de tal manera que se maneje un solo enfoque basado en conocimientos científicos, se optimicen los recursos y potencializar los resultados.

Resultado B 01. Incremento del 10% de adolescentes en situación de vulnerabilidad del DMQ que conocen sus derechos sexuales y reproductivos con relación a las estadísticas 2010.

B 01 01 Promoción de servicios e información sobre DSSR.

MEDIOS/TAREAS

B 01 01 01 Desarrollo de materiales audiovisuales con enfoque de género, intercultural e intergeneracional para difusión en medios de comunicación, elaborados por jóvenes del DMQ.

B 01 01 02 Cursos, biblioteca y redes virtuales sobre DSSR para adolescentes y jóvenes.

B 01 01 03 Programa radial interactivo sobre derechos, salud sexual y reproductiva.

B 01 02 Desarrollo de una estrategia compartida entre las diferentes instancias municipales sobre educación de la sexualidad.

MEDIOS/TAREAS

B 01 02 01 Contenidos, instrumentos y materiales sobre educación de la sexualidad desarrollados con la Secretaría de Educación con enfoque de género, intercultural e intergeneracional.

B 01 02 02 Programas educativos alternativos itinerantes sobre derechos, organización y salud sexual y reproductiva.

B 01 02 03 La SMS establece convenios con el sector productivo, trabajadores informales, comercio formal e informal, los mercados municipales, etc., para que trabajadores menores de 19 años reciban educación sobre sexualidad y accedan a métodos anticonceptivos.

B 01 03 Desarrollo de organizaciones y liderazgos comunitarios de adolescentes, jóvenes, padres/madres de familia.

MEDIOS/TAREAS

B 01 03 01 Fortalecimiento de las organizaciones juveniles y de adolescentes conjuntamente con las administraciones zonales y apoyo de las UMS.

B 01 03 02 Talleres permanentes sobre vida saludable y DSSR con organizaciones sociales de padres y madres de familia del DMQ.

B 01 03 03 Realización de un concurso nacional sobre materiales comunicacionales, educativos o promocionales sobre derechos, salud sexual y reproductiva.

C. Componente equipamientos médicos

Descripción

Con este componente se apoyará la remodelación de la consulta externa de la UMSS, especializado en la atención materno – infantil, con su respectivo equipamiento y crear las condiciones físicas para la implementación de un sistema de mejoramiento continuo de la calidad en toda la red de servicios del MDMQ - integrados a la red pública de servicios de salud.

Resultado C 01. Realizadas las adecuaciones y equipamiento en el área de consulta externa en la Unidad Municipal de Salud Sur.

MEDIOS/TAREAS

C 01 01 01 Adquisición del equipamiento médico para atención diferenciada de adolescentes y tratamiento de la violencia de género en la Unidad Municipal de Salud Sur.

3.4 Sistematización y difusión

La gestión del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, en el eje salud, plantea tres lineamientos principales: (i) *ciudad saludable*.- incluye programas de educación ciudadana para el cuidado de la salud en el marco del buen vivir...; (ii) *servicios de salud*.- potenciar el rol rector y coordinador sectorial del MSP en el DMQ, contribuir a la consolidación de la red pública de servicios de salud del DMQ, que garantice el acceso universal a servicios integrales de salud,, y (iii) *Quito, referente de municipio saludable*.- diseño de estrategia y contenido para avanzar al cabo de tres años a declarar a Quito Distrito Metropolitano Saludable, apoyar a otros municipios para avanzar en este objetivo.

Los lineamientos referidos, están siendo apoyados desde la presente intervención, por lo tanto, es necesario construir información de partida, que permita medir el aporte, impacto y los efectos que se deriven de la implementación del presente proyecto.

El ejercicio de sistematización y difusión, permitirá determinar las buenas prácticas que podrían ser replicadas en futuras intervenciones, tanto de la Cooperación Internacional como por las Entidades Ejecutoras.

3.5 Indicadores y fuentes de verificación.

Se señalan Indicadores para medir tanto la realización de las intervenciones como sobre todo el alcance de los logros previstos. Los indicadores aquí señalados, se plantean como una guía para el equipo de gestión del programa, ya que será sobre las líneas de base que se realice, que se podrán precisar los cambios a alcanzar en cada caso. Estos indicadores están alineados con los indicadores nacionales. Eso facilitara el M&E durante el programa. Las fuentes de verificación son las estadísticas oficiales del MDMQ, el Ministerio de Salud y Deporte.

Los indicadores se encuentran en el marco lógico (capítulo 7.1)

4 RECURSOS NECESARIOS

Para la gestión e implementación del proyecto, el MDMQ a través de la Secretaría de Salud establecerá los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para el funcionamiento del proyecto.

4.1 Recursos humanos

Las modalidades de contratación, gestión y evaluación de los recursos humanos del proyecto se encuentran en el capítulo 5.8. Se ha previsto un equipo de proyecto que cuenta con un/a coordinador/a técnico/a del proyecto y un/a coordinador/a administrativo y financiera. Los Términos de referencia detallados están en el capítulo 7.4.

4.1.1 Coordinador/a Técnico/a del proyecto

Un Coordinador/a Técnico/a del proyecto financiado con recursos del proyecto, apoyará la Secretaría de Salud, con quien asegurará el cumplimiento de los objetivos. Será el responsable de la coordinación con los involucrados en el proyecto y de la ejecución técnica del proyecto, lo coordinará en todos los aspectos relacionados con la operación del proyecto: técnicos, administrativos y financieros. Su ubicación física será en la Secretaría de Salud, en la Dirección Metropolitana de Promoción, Prevención y Vigilancia de Salud. (ver organigrama página 37)

La jefatura inmediata del Coordinador/a Técnico/a del proyecto, será ejercida por el/la profesional que desempeñe el cargo de Secretario/a de Salud

El Coordinador/a Técnico/a del proyecto ejercerá su función a tiempo completo y dedicación exclusiva según el perfil detallado en 7.4.1.

4.1.2 Coordinador administrativo financiero del proyecto

El Coordinador/a administrativo financiero será contratado por la CTB con recursos del proyecto, su ubicación física será en la Secretaría de Salud, desde donde asegurará el cumplimiento de los objetivos para una buena gestión administrativa y financiera. Será el responsable de la revisión de todos los procesos previos a la contratación de bienes y/o servicios y suscribir las No Objeciones por parte de la CTB. Seguimiento administrativo, financiero, y operativo al avance del proyecto. Apoyo a la elaboración y entrega de los informes requeridos por parte de la CTB y de la Estructura Mixta de Concertación Local. El perfil detallado está en anexo 7.4.2;

4.2 Recursos materiales y equipamiento

Los equipos, materiales y bienes muebles (escritorios, equipos informáticos, materiales de oficina, etc.), necesarios para el desempeño de las funciones tanto del Coordinador Técnico, Coordinador Administrativo Financiero –CAF–, Jefe Técnico y Contador/a, será responsabilidad de la Secretaría de Salud, a través de la Dirección administrativa financiera.

Para el caso de movilización, esta será responsabilidad de la Secretaría de Salud.

A la finalización del proyecto, los equipos que hayan sido adquiridos con recursos del proyecto (equipamiento médico), pasarán a formar parte de los activos de la UMSS.

4.3 Recursos financieros

El presupuesto del proyecto es de 1'606.707 de Euros, que corresponde a 1'000.000 de Euros para la contribución belga, y 606.707 € que corresponde a la contribución municipal. La contribución municipal figura en **Table 2**.

Table 2 : presupuesto MDMQ

presupuesto MDMQ	MDMQ
A. COMPONENTE Fortalecimiento institucional de la Secretaría de Salud del MDMQ.	
A 01.- Capacidades técnicas y de gestión de la Secretaría de Salud fortalecidas	134.135
A 02.- Incrementadas las coberturas y la calidad de las atenciones de salud de la población adolescente	123.923
B. COMPONENTE Promoción de DSSR y prevención del embarazo adolescente.	
B 01: Incremento del numero de adolescentes en situación de vulnerabilidad del DMQ que conocen sus derechos sexuales y reproductivos en relación a las estadísticas 2010, diferenciada por género, edad y etnia.	259.000
C. COMPONENTE equipamiento	
C 01.- Realizadas las adecuaciones y equipamiento en el área de consulta externa en la Unidad Municipal de Salud Sur	89.649
total	606.707

5 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

5.1 Marco legal y responsabilidades administrativas

El marco legal está fijado por el convenio específico relativo a la intervención, firmado entre la República del Ecuador y el Reino de Bélgica al cual se adjunta el presente documento técnico y financiero.

Por parte del Gobierno del Ecuador, la entidad responsable para la ejecución del convenio específico es el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito,

Por parte del Reino de Bélgica, la DGD es la entidad administrativa y financiera responsable de la contribución belga al proyecto. La DGD delega la realización de sus obligaciones para la implementación y seguimiento del proyecto a la CTB.

5.2 Estructuras de gestión y ejecución del proyecto

5.2.1 Estructura de gestión estratégica: la estructura mixta de concertación local –EMCL-

5.2.1.1 Mandato de la Estructura Mixta de Concertación Local –EMCL-

El proyecto funcionará bajo la responsabilidad de la Estructura Mixta de Concertación Local. Esta instancia mixta de dirección Ecuatoriano – Belga, supervisará el cumplimiento de los compromisos asumidos por las partes (Gobiernos del Ecuador y de Bélgica) y adoptará las decisiones de mayor trascendencia. Su papel también es dar solución a los problemas que no pueden resolverse en niveles operativos.

La EMCL es la instancia principal para la aplicación estratégica de la validación de las responsabilidades mutuas de los socios.

5.2.1.2 Composición de la Estructura Mixta de Concertación Local –EMCL-

Los miembros permanentes de la Estructura Mixta de Concertación Local son los siguientes:

- El Alcalde del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, quien lo presidirá.
- El Secretario/a de Salud del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito.
- El Representante residente de la CTB.

El/la director/a Provincial de Salud de Pichincha, podrá ser invitado y actuará con voz pero sin voto en las reuniones.

5.2.1.3 Tareas principales de la Estructura Mixta de Concertación Local

Las tareas principales de la estructura mixta de concertación local son las siguientes:

- Aprobar el Documento Técnico y Financiero del proyecto y sus modificaciones.
- Aprobar el Plan Operativo Anual y la planificación presupuestaria del proyecto.
- Dar orientaciones estratégicas en relación a los POA's elaborados por el proyecto.
- Aprobar el Reglamento de Funcionamiento de la EMCL
- Aprobar los cambios presupuestarios del proyecto.
- Supervisar el cumplimiento de los compromisos asumidos por las partes.
- Evaluar el estado de avance del proyecto y el alcance de los resultados con base en los informes de ejecución del proyecto.
- Aprobar los informes técnicos y financieros semestrales del proyecto, así como los planes de actividades programadas.
- Proponer y aprobar medidas correctivas en la ejecución del Proyecto cuando fuera necesario.
- Aprobar modificaciones en las actividades y calendario de ejecución previstos, siempre y cuando dichos cambios no modifiquen ni interfieran en el cumplimiento de los objetivos y resultados previstos para el Proyecto.
- Hacer las recomendaciones consideradas como necesarias a las autoridades competentes de las partes.
- Aprobar los términos de referencia para la contratación del Asesor Técnico del proyecto.
- Recibir los informes de evaluación del proyecto y de auditoria externa del proyecto y proponer enmiendas en función de los resultados y conclusiones de las mismas.
- Aprobar el informe final de cierre del proyecto

5.2.1.4 Funcionamiento de la estructura mixta de concertación local

Los representantes principales deberán nombrar a sus representantes alternos en caso de ausencia de los principales y harán llegar a la Estructura Mixta los nombres de los mismos, a través de una comunicación que valide su participación. Estos representantes alternos deben tener la capacidad necesaria para la toma de decisiones.

La estructura mixta de concertación local debe reunirse por primera vez en los dos primeros meses después de la firma del Convenio Específico y luego se reunirá en forma ordinaria por lo menos dos veces al año y/o cuando lo solicite una de las partes en forma extraordinaria.

La estructura mixta de concertación local deberá reunirse también no más tarde que tres meses antes de la terminación del Convenio Específico (o tres meses antes de la terminación de las actividades, si esto es planeado antes de la terminación del convenio específico).

Las decisiones se adoptarán por consenso de los miembros y constarán en las Actas de la estructura mixta de concertación local.

La Secretaría de Salud se encargará de la Secretaría de la estructura mixta de concertación local. La agenda y toda documentación relacionada serán enviadas a los miembros de la estructura mixta de concertación local por lo menos dos semanas antes de cada reunión.

En caso de retraso en la ejecución del Programa, cualquier miembro de la EMCL puede llamar a una reunión extraordinaria para discutir la situación, proponer y decidir medidas correctivas.

Las decisiones se adoptarán por consenso y no por votación de los miembros plenos y deberán constar en las actas de la EMCL.

El acta será redactada y firmada por todos los miembros a más tardar una semana después de realizarse la reunión. Una copia será enviada a la Oficina de Cooperación de la Embajada de Bélgica en Quito.

Ninguno de los miembros de la estructura mixta de concertación recibirá remuneración por su participación en las reuniones.

5.2.2 Comités para contrataciones, selecciones y adquisiciones

De acuerdo con lo que prevé la normativa nacional para las contrataciones, selecciones y adquisiciones de los bienes y servicios contemplados en el proyecto, para cada proceso se debe nombrar un comité responsable del mismo, en el cual participará como veedor un representante de la CTB.

5.2.3 Estructura de ejecución y anclaje del proyecto

El Municipio del Distrito Metropolitano de Quito será el ejecutor del proyecto a través de la Secretaría de Salud representada por el Secretario/a Municipal de Salud, la que será responsable de ejecutar y alcanzar los resultados operativos propuestos; de esta manera, los procesos técnicos y administrativos y su control serán responsabilidad de esta Secretaría.

La Dirección Metropolitana Financiera procederá con los pagos derivados de la ejecución del proyecto.

El anclaje del proyecto será en la Secretaria de Salud Municipal (que es una entidad dependiente del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, ver **Figure 4**) mas precisamente en la Dirección Metropolitana de Promoción, Prevención y Vigilancia de

salud (ver **Figure 5**) .

El Coordinador Técnico del proyecto con apoyo del Coordinador Administrativo Financiero elaborará un manual de procedimientos específico del proyecto, el mismo que será presentando y aprobado por la EMCL dentro de los 3 primeros meses de ejecución. Estas mismas personas elaborarán el Reglamento de Funcionamiento de la EMCL.

A continuación se visualizan el Orgánico funcional del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, así mismo la Estructura orgánico funcional de la Secretaría de Salud –SS-:

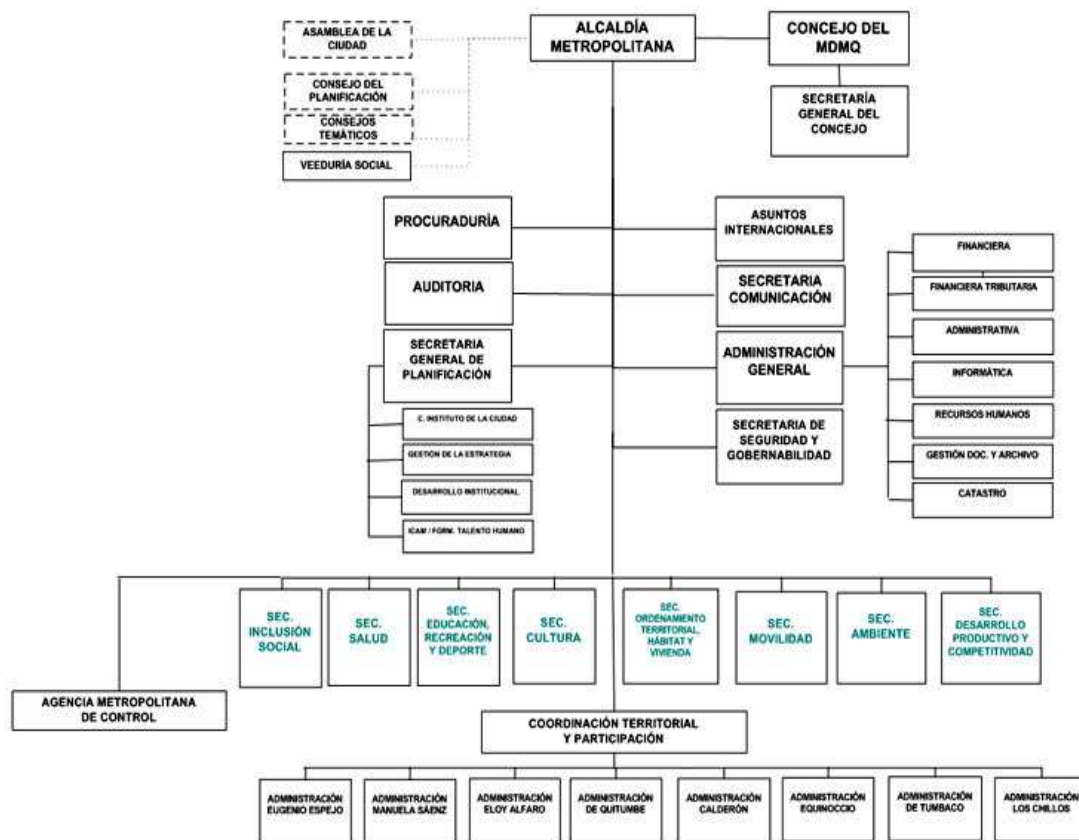
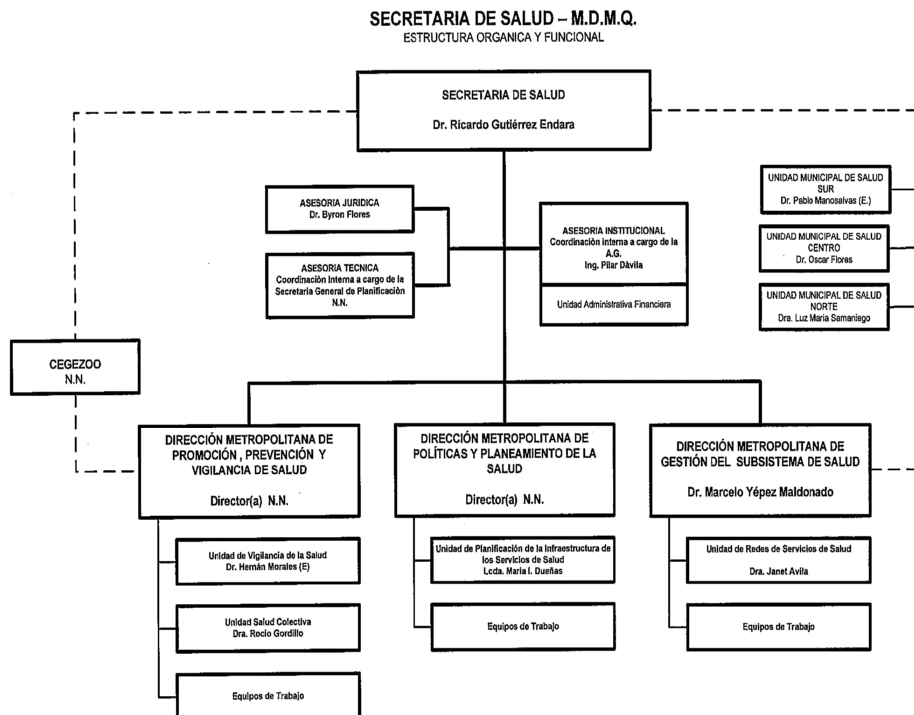


Figure 4 : Orgánico funcional del MDMQ



102/06/2011 UAF

Figure 5 : Orgánico Funcional de la SS.

5.3 Gestión Financiera

En cuanto al tema de administración de los recursos financieros y, con base en lo dispuesto en el Artículo 238 y demás de la Constitución del Ecuador, en donde manifiesta que “Los gobiernos autónomos descentralizados gozarán de autonomía política, administrativa y financiera...”¹² se plantea que los fondos no sean administrados bajo la figura de “cuenta única” del Gobierno Central, sino que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito abrirá una cuenta especial (tipo TE) en el Banco Central del Ecuador, la misma que será única para el proyecto, lo que va permitir transparencia y control del uso de los recursos y una mayor agilidad.

La cuenta referida será manejada según la norma, procedimientos y sistema de finanzas públicas ecuatorianas con AVISO de NO-OBJECCIÓN (ANO) de la CTB. Esto significa,

¹² Constitución del Ecuador. Octubre 2008

que se utilizarán los sistemas bajo la normativa nacional ecuatoriana con una responsabilidad compartida entre los dos países, que se refleja en AVISO de NO-OBJECCIÓN (ANO) que emitirá la CTB.

El monto total del presente proyecto será administrado según el principio de cogestión a través de la Cuenta de Transferencia Exclusiva (Tipo Especial TE), abierta en el Banco Central del Ecuador, a excepción de los gastos de Regie que serán de Administración Directa Belga manejados por la CTB y corresponden a:

1. Personal contratados directamente por CTB
2. Gastos de funcionamiento
3. Auditorias
4. Gastos de evaluación

Todas las Instituciones nacionales que administran recursos belgas, deben respetar los siguientes principios:

- Eficiencia de los costos
- Eficacia
- Economía
- Transparencia
- Respeto a los requerimientos legales

La totalidad de los gastos provenientes de la ejecución de actividades por parte del MDMQ a través de la Secretaría de Salud, que incluye el financiamiento de los prestadores de servicios, serán manejados de acuerdo a los instrumentos que son parte del sistema de gestión financiera, que se describe a continuación:

5.3.1 PPI y POA del Proyecto

El MDMQ será el responsable de la elaboración de su Plan Operativo Anual –POA-, y su Programa Plurianual de Inversiones –PPI-. Estos instrumentos serán la base que permite la ejecución del gasto del Proyecto Apoyo a las líneas estratégicas en salud del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito.

Para el año 2012 y 2013, el POA general del Proyecto: Apoyo a las líneas estratégicas en salud del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, será articulado en función del POA institucional, seleccionando resultados y componentes con base en las líneas estratégicas del proyecto.

5.4 Presupuesto

Una vez concluida la planificación y programación anual y plurianual, la EMCL se reunirá para dar su aprobación.

Cuando el documento técnico financiero sea aprobado, el MDMQ a través de la Administración General tramitará ante el Ministerio de Finanzas la apertura de las correspondientes cuentas de divisas en euros y la de transferencia exclusiva TE en el Banco Central del Ecuador.

Debido a que el año fiscal que rige la administración pública ya ha iniciado, es necesario que el MDMQ obtenga una REFORMA INTERNA DEL PRESUPUESTO DE LA SS, que permita contar con el ESPACIO PRESUPUESTARIO necesario para el ingreso de los recursos financieros de la CTB, a partir del segundo semestre del presente año. Para el presupuesto del año 2012 ya tendrá que tomarse en cuenta los recursos programados de este Proyecto y las asignaciones necesarias dentro del presupuesto institucional de la Secretaría de Salud.

Es necesario destacar que en la actualidad el MDMQ no está articulado al sistema de administración financiero e-SIGEF, por lo que la estructura programática del proyecto en el año 2011, ingresará en UNICLASS® FINANZAS (CG/IFS), que es el sistema financiero y presupuestario del MDMQ¹³.

El Ministerio de Finanzas no podrá reducir de forma unilateral el techo presupuestario del proyecto.

La EMCL confirmará la existencia del espacio presupuestario según el Plan Anual de Inversiones y en concordancia con la ejecución presupuestaria del proyecto Apoyo a las líneas estratégicas en salud del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito.

Trimestralmente, el MDMQ enviará a la CTB un narrativo del trimestre, con el informe de avance financiero correspondiente y la programación de las necesidades de recursos para el siguiente trimestre.

Si luego del cierre del año fiscal, quedaran fondos no ejecutados en la cuenta, deben ser utilizados el siguiente año, para lo cual el equipo financiero tomará la previsión del caso.

5.4.1 Apertura de Cuenta

El MDMQ (Municipio del Distrito Metropolitano de Quito), solicitará al Ministerio de Finanzas la autorización para la apertura de las cuentas: de divisas en euros y la de Transferencia Exclusiva "TE", para la contribución belga. El Ministerio de Finanzas luego, solicitará al BCE la apertura de las cuentas. La CTB, transferirá los recursos en EUROS a la cuenta del MDMQ, de acuerdo con la programación presupuestaria aprobada por la EMCL.

El Banco Central del Ecuador, mantiene una cuenta para la recepción de los desembolsos en divisas, que es la que recibirá el dinero enviado desde la CTB en euros

¹³ Uniclass es una marca registrada de Business T & G, S.A. Sitio Web de Business T&G, S.A. www.btgsa.com

para el proyecto. Los responsables que serán designados por el MDMQ para el manejo de la cuenta TE del proyecto, conjuntamente con el Coordinador/a Técnico/a del proyecto, solicitarán al BCE la acreditación de las divisas hacia la cuenta TE del MDMQ.

5.4.2 Transferencia de fondos

Transferencia de la CTB a la MDMQ

Cuando se hayan cumplido los procesos antes descritos, el Coordinador/a Técnico/a del Proyecto y el/la Secretario/a de Salud, solicitarán a la CTB la transferencia de recursos para el primer trimestre de ejecución, más una reserva de un mes de actividades (la transferencia de los recursos se realizará en euros). Para realizar la solicitud, será necesario contar con los siguientes documentos:

- a. POA del proyecto aprobado por la EMCL, detallado mensualmente y por trimestres, con sus respectivas asignaciones presupuestarias.
- b. Detalles de los firmantes y registro de la cuenta bancaria del proyecto Apoyo a las líneas estratégicas en salud del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito (en el Banco Central del Ecuador).
- c. Asignación presupuestaria anual por parte del MDMQ.

Con base en esta información la CTB transferirá los recursos en Euros hacia la cuenta en divisas del proyecto (el cambio de Euros a Dólares de los EEUU será realizado por el BCE). De la cuenta en divisas se transferirá de forma mensual a la cuenta TE en dólares conforme la reprogramación financiera.

Las siguientes transferencias de la CTB hacia la cuenta en divisas del MDMQ abierta para el Proyecto, se realizará trimestralmente, y se deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- a. El MDMQ deberá remitir a la CTB en los formatos diseñados para el efecto, el avance financiero y operativo de las actividades planificadas para el trimestre que termina y la previsión de los recursos para los trimestres siguientes. En el caso de que no se hayan ejecutado todas las actividades planificadas para el trimestre, las mismas deberán trasladarse al siguiente trimestre.
- b. Anualmente la EMCL remitirá a la CTB el POA aprobado para ese año.
- c. Informes financieros y técnicos en los formatos acordados para el efecto.
- d. Para el desembolso del siguiente año se deberá enviar a la CTB los informes financieros anuales de los gastos del Proyecto certificados por Auditoría.

- e. Plan de acción del MDMQ para remediar debilidades constatadas por la auditoría.
- f. Presupuesto del MDMQ evidenciado en el Plan Plurianual de Inversión Municipal.

5.5 Gestión de los recursos

De manera general los recursos se quedarán físicamente en la cuenta TE del MDMQ. Los compromisos y orden de pago se harán vía el sistema UNICLASS FINANZAS (CG/IFS) el mismo que estará vigente durante toda la operación del proyecto (*Anexo 7.5*).

Cada solicitud de pago deberá seguir el procedimiento de control interno establecido en la Secretaría de salud y en el MDMQ.

La Dirección Metropolitana Financiera del MDMQ, no podrá proceder con pagos que no cuenten con la NO-OBJECCIÓN expresa de la CTB, de conformidad a sus mandatos internos.

La Gestión Financiera obedecerá a la legislación ecuatoriana vigente, en particular a la Constitución, la Ley Orgánica de Transparencia y Responsabilidad Fiscal, la Ley de Presupuestos, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública, Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y sus reglamentos.

En cuanto a los sistemas se utilizarán: (i) el Sistema de Administración Financiera Municipal UNICLASS FINANZAS (CG/IFS) AS-400 Sistema Integrado de Gestión Financiera (conforme el Art. 299 de la Constitución); (ii) el Sistema de Compras Públicas y; (iii) Sistema de Planificación Nacional.

Se anexa el Macro proceso del Fondo proveniente de la Cooperación Técnica Belga (**Fuente:** Secretaría de Salud del MDMQ). (*Anexo 7.6*).

INFORMES FINANCIEROS

Informes Financieros mensuales

El MDMQ enviará mensualmente el informe financiero a la CTB, en dichos informes se rendirá cuentas sobre la ejecución presupuestaria por resultado y actividades.

Estos informes proporcionaran la siguiente información:

- Detalle del registro por partida presupuestaria
- Copia de todas las facturas que deberán ser selladas con la mención PAGADO y a las cuales se anexará la NO-OBJECCIÓN del pago emitida por la CTB.
- Estado de ejecución presupuestaria según el modelo presupuestario que registrará el proyecto y que se deberá aprobar por la EMCL en la fase de arranque.
- Detalle de los movimientos de la cuenta TE y libros de caja (si aplica).
- Inventarios de contratos y/o convenios.

Informes trimestrales

El o la contador/a del proyecto recopilará la información de la ejecución y elaborará un informe de la situación financiera, el mismo que será entregado al Coordinador/a Técnico/ para que con los narrativos de ejecución, elaborados por el Coordinador/a Técnico/a del proyecto, se entregue a la CTB.

Además, el Banco Central a solicitud del MDMQ dará a la CTB acceso y claves de usuario para facilitar su seguimiento a toda la información vía internet referida al proyecto, en todos los sistemas públicos que estén relacionados con el flujo de los recursos belgas. Así mismo, el MDMQ entregará claves de acceso para el sistema UNICLASS FINANZAS (CG/IFS) que permitirá a la CTB hacer un seguimiento de los pagos.

El Representante Residente de la CTB en Quito, será un veedor constante de la ejecución de los recursos y tendrá acceso a informes de seguimiento y monitoreo de actividades y de ejecución presupuestaria y evaluación del proyecto.

5.6 Procesos de contratación de bienes y servicios

5.6.1 Modalidad ecuatoriana para los gastos en co-gestión:

La contratación de bienes, servicios y obras se regirán por la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública, su reglamento y sus normas conexas.

El Instituto Nacional de Contratación Pública –INCOP-, ejerce la rectoría del Sistema Nacional de Compras Públicas y será la fuente de referencia en los casos no previstos en este DTF.

Para realizar los procesos de compras, el Municipio tendrá que estar registrado en el portal web de compras públicas y publicar en su web el Plan Anual de Compras –PAC- con fondos belgas, que será parte de su Plan Anual de Compras. La CTB, dará su visto bueno al PAC del proyecto antes de su registro en el portal web, una vez registrado, el Municipio realizará la certificación de disponibilidad de fondos, antes de realizar la invitación a los proveedores de compra.

De manera obligatoria la CTB dará una NO-OBJECCIÓN a las distintas fases del proceso de contratación para la adquisición de bienes o servicios.

Para la adquisición de bienes y servicios y contratación de consultorías y obras, en forma general, se aplicará la normativa ecuatoriana, en especial, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública. Adicionalmente, en los casos específicos que se mencionan a continuación, se observará también, en forma obligatoria y concomitante, lo siguiente:

5.6.2 Contratación directa de consultorías:

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública establece que, el

presupuesto referencial para este tipo de contratación debe ser menor o igual al valor que resultare de multiplicar el coeficiente 0,000002 por el monto del Presupuesto Inicial del Estado del correspondiente ejercicio económico, -que para el 2011- asciende a USD \$. 47.900,50 (cuarenta y siete mil novecientos dólares con 50/100); por lo que, hasta este monto la Entidad puede contratar directamente, para lo cual la máxima autoridad de la Entidad o su delegado, seleccionará e invitará al consultor habilitado en el Registro Único de Proveedores –RUP-, que cumpla con los requisitos previstos en los pliegos.

En lo relacionado a la autorización de gasto, el/la Secretario/a de Salud, tiene la capacidad de autorizar y aprobar gastos de hasta USD. \$ 47.900,50 (cuarenta y siete mil novecientos dólares con 50/100), para montos superiores la instancia responsable de autorizar es la Administración General del MDMQ a través las Direcciones Metropolitanas Administrativa y Financiera.

Para el caso específico de consultores contratados con recursos belgas, previamente se deberá contar con la NO-OBJECCIÓN de la CTB, para lo cual se debe cumplir con el siguiente procedimiento:

- Se deberá invitar a por lo menos tres potenciales participantes.
- La CTB dará la NO-OBJECCIÓN sobre los Términos de Referencia, en los que se incluirá el sistema de evaluación y calificación a ser aplicado, esta NO-OBJECCIÓN será necesaria para continuar el proceso.
- La CTB dará una NO-OBJECCIÓN sobre la selección y el proceso de calificación. Esta selección deberá contener la calificación de los consultores invitados al proceso (por lo menos 3) y su respectivo ranqueo.

Una vez cumplido este procedimiento, se realizará la respectiva invitación al consultor seleccionado, a través del portal de compras públicas del INCOP.

5.6.3 Contratación de bienes y servicios normalizados y no normalizados:

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública establece que, si el *presupuesto referencial* para este tipo de contratación es menor o igual al valor que resultare de multiplicar el coeficiente 0,000002 por el monto del Presupuesto Inicial del Estado del correspondiente ejercicio económico, el cual asciende a USD \$. 47.900,50 (cuarenta y siete mil novecientos dólares con 50/100); la Entidad podrá seleccionar directamente y adjudicar al contratista que cumpla con los requerimientos de contratación previstos en los pliegos elaborados en la Entidad contratante, con base en los formatos del INCOP.

Para el caso de quienes fueren contratados con recursos belgas, dentro del referido proceso, se deberá contar previamente con la NO-OBJECCIÓN de la CTB en cada una de las siguientes instancias:

- El MDMQ a través de la SS remitirá a la CTB, las especificaciones técnicas de los bienes y servicios a ser contratados y el sistema de calificación propuesto.
- La CTB emitirá una NO-OBJECCIÓN de la selección y del proceso de calificación de los interesados/as con el respectivo ranqueo.
- Se necesitará un mínimo de tres ofertas de interesados/as en la provisión de dichos bienes y servicios.

El oferente que resultare seleccionado, será adjudicado a través del portal de compras públicas del INCOP.

La invitación a los proveedores se realizará a través del portal web, mediante el uso de esta herramienta, los proveedores que cuenten con el RUP presentarán sus ofertas al Municipio, quien adjudicará el contrato al mejor oferente y lo notificará.

Montos superiores

Comisión Técnica:

Según lo establecido en el Artículo 18, sobre la Comisión Técnica, del Reglamento General de la Ley Orgánica del Sistema de Contratación Pública, para procesos de:

1. Consultoría por lista corta o por concurso público.
2. Subasta inversa, cuyo presupuesto referencial sea superior al valor que resulte de multiplicar el coeficiente 0,000002 por el monto del presupuesto inicial de Estado, para el presente año este valor es de USD \$. 47.900,50 (cuarenta y siete mil novecientos dólares con 50/100).
3. Licitación y,
4. Cotización

La CTB, participará en las comisiones técnicas, de acuerdo a la Ley y emitirá una NO-OBJECCIÓN al momento de la adjudicación.

Las Comisiones Técnicas se conformarán de la siguiente manera (de acuerdo al Art.18 del Reglamento General de la LOSNCP más la CTB):

- Un profesional designado por la máxima autoridad, quien lo presidirá.
- El titular del área requirente a su delegado; y
- Un profesional afín al objeto de la contratación designado por la máxima autoridad o su delegado
- Un delegado designado por la CTB.

La Comisión Técnica se reunirá con la presencia de al menos dos de sus miembros, uno de los cuales será obligatoriamente el Presidente y el delegado de la CTB. Para que las decisiones sean válidas se adoptarán por unanimidad de los asistentes a la Comisión. El delegado de la CTB dará la NO-OBJECCIÓN a:

- Los Términos de Referencia y/o Pliegos
- Calificación
- Selección

De ser el caso, de acuerdo a lo establecido en el Art. 19 del Reglamento General de la LOSNCP.- Subcomisiones de apoyo, también estará integrada por un representante de la CTB.

Modalidad en Administración Directa Belga:

La legislación de las licitaciones belgas será de aplicación (Ley del 24 de diciembre de 1993 (contexto general), Decreto Real del 8 de Enero de 1996 (publicación y atribución), Decreto Real del 26 de septiembre de 1996 (pliego general de especificaciones)

5.6.4 Inventarios

El registro de inventarios de todos los bienes adquiridos con recursos del proyecto será añadido al informe trimestral.

Los activos adquiridos bajo la modalidad de cogestión se mantendrán como propiedad del proyecto hasta que se haga su transferencia legal al municipio, una vez concluido el proyecto.

5.6.5 Auditoría externa

Adicionalmente a la auditoria de la Contraloría General del Estado Ecuatoriano, se realizará una auditoria externa por parte de una empresa independiente contratada por la CTB. Esta auditoria se realizará anualmente para verificar la buena gestión y utilización de los fondos.

La referida auditoria se referirá a:

- a. La comprobación de que la cuenta refleja la realidad ocurrida.
- b. El control de existencia y el cumplimiento de los procedimientos financieros y administrativos.
- c. La verificación del cumplimiento de las exigencias acordadas en el convenio.
- d. La certificación externa de los informes financieros anuales en relación a los gastos del proyecto.

La CTB, enviará oficialmente, los informes de auditoria a los miembros de la EMCL.

Posterior a la Auditoria, el MDMQ debe realizar y ejecutar un plan de acción para remediar las debilidades encontradas. Este plan será firmado por la máxima autoridad y

aprobado por la CTB.

La CTB, realizará un seguimiento permanente a la ejecución del plan de acción que se produzca y reportará sobre dichos avances a la EMCL.

5.7 Modalidad de información y seguimiento

5.7.1 Línea de base del proyecto

Al término de los seis primeros meses de ejecución del proyecto, ya se puede contar con datos que permitan establecer la realidad por la que atraviesan los y las adolescentes del DMQ y, se podrá diseñar el sistema de seguimiento de los resultados previstos en el proyecto. Esta línea de base mantendrá como referente los indicadores establecidos en el ENIPLA, como también lo contemplado en el PNBV (Plan Nacional del Buen Vivir) dentro del objetivo 3 “Mejorar la Calidad de Vida de la Población” sobre la consecución de la meta 3.4.1 “Reducir en un 25% el embarazo adolescente al 2013”.

El monitoreo de la ejecución del proyecto no debe limitarse al grado de avance en el cumplimiento de las actividades y logro de metas, sino incorporar información sobre los efectos de la intervención en el DMQ, las dificultades encontradas y los avances más promisorios.

La Secretaría de Salud con el apoyo del Coordinador/a Técnico/adel proyecto, apoyarán el seguimiento de todos los indicadores para la consolidación del proyecto.

5.7.2 Informes de avance e informes anuales técnicos

Informe de avance trimestral

La Secretaría de Salud y el Coordinador/a Técnico/adel proyecto, serán los responsables de consolidar los informes técnicos y financieros y redactar el informe final de avance, que será presentado a la EMCL.

El informe debe contener:

- a. El avance de las actividades, con un análisis de los problemas y de las dificultades y, las propuestas de solución.
- b. La programación financiera del trimestre siguiente.
- c. Los resultados del seguimiento de los indicadores.
- d. Informe financiero del gasto realizado en el trimestre.
- e. Programación del trimestre siguiente.

Este informe será enviado por la Secretaría de Salud a la CTB, durante los primeros cinco días del siguiente trimestre.

Informe anual

El informe de seguimiento-evaluación anual y un plan operacional anual –POA- será elaborado el segundo año, por el Coordinador/a Técnico/a del proyecto.

5.8 Gestión de recursos humanos

En cuanto al recurso humano necesario para la implementación del presente proyecto, se contará con el personal técnico de las dependencias existentes al interior de la Secretaría de Salud. Actualmente, la Secretaría de Salud cuenta con tres Direcciones Metropolitanas, (i) Dirección Metropolitana de Promoción, Prevención y Vigilancia de Salud, (ii) Dirección Metropolitana de Políticas y Planeamiento de la Salud y, (iii) Dirección Metropolitana de Gestión del Subsistema de Salud.

Para lograr un alto nivel de eficacia del proyecto, se prevé la contratación de 1 Coordinador/a Técnico/a del proyecto y 1 Coordinador Administrativo y Financiero.

De acuerdo a los objetivos, componentes y resultados previstos en el proyecto, se hace obligatorio contar con un nivel de coordinación y articulación entre la Secretaría de Salud, el Asesor/a técnico/a, Directores Metropolitanos de la Secretaría de Salud de las Unidades de Salud y los Directores de las Unidades de Salud Norte, Centro y Sur.

5.8.1 Contratación de personal

El personal requerido debe ser contratado mediante concursos públicos respetando la legislación laboral ecuatoriana vigente. El Coordinador/a Administrativo y Financiero, será seleccionado/a bajo las normas y procedimientos de la CTB y la contratación se realizará respetando la legislación laboral ecuatoriana vigente.

En el siguiente cuadro, se detallan los puestos previstos, responsabilidades de selección y de contratación, la ubicación y, las relaciones funcionales:

Table 3 : Personal requerido

PUESTO	CONTRATADO POR	RESPONSABLE DE SELECCIÓN	UBICACIÓN	RELACIÓN FUNCIONAL
Coordinador/a Técnico/adel proyecto	MDMQ con fondos del proyecto	Secretaría de Salud y CTB	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud
Coordinador/a administrativo financiero (AAF)	CTB con fondos del proyecto	CTB	Secretaría de Salud y CTB	Representante Residente de la CTB

Los Términos de Referencia del personal constan en el anexo 7.4

El comité de selección estará conformado por representantes de la SS y la CTB.

El personal descrito (salvo el caso del CAF) será contratado por el MDMQ para la duración del proyecto y su ubicación salarial estará dentro de los rangos establecidos por el MDMQ. La contratación del personal se hará respetando las leyes laborales ecuatorianas.

La gestión Administrativa y Financiera del CAF estará a cargo del Responsable Administrativo y Financiero de la CTB, apoyado por la representación de la CTB en Quito.

El seguimiento laboral y evaluación será de responsabilidad de la SS.

5.8.2 Relaciones jerárquicas y funcionales

De acuerdo a lo establecido en el orgánico funcional del MDMQ, ya referido en el numeral 6.1.4 del presente documento, la Secretaría de Salud se encuentra en el nivel ejecutivo con decisión sectorial, esto se refiere a que desde esta instancia se pueden tomar decisiones referidas a su gestión, posteriormente éstas son remitidas a la Secretaría de Planificación para su registro y seguimiento.

De la Secretaría de Salud dependen directamente los Equipos de Salud colectiva, vigilancia epidemiológica y salud colectiva, además coordina las acciones y actividades de las Unidades de Salud norte, centro y sur. A través de la Secretaría de Salud se desarrollan las actividades planificadas para el Distrito Metropolitano de Quito, en el tema Salud.

Por lo anotado, el o la Coordinador/a Técnico/a será el/la responsable de la ejecución total del proyecto y estará bajo la dependencia jerárquica del/la Secretario/a de Salud y en relación funcional con el representante residente de la CTB o su delegado/a.

El Coordinador Administrativo Financiero, estará bajo la dependencia jerárquica del Representante Residente de la CTB, quien delega una parte de esta responsabilidad a la Secretaría de Salud Municipal (trabajo cotidiano, organización de su trabajo, etc).

5.8.3 Evaluación del personal

La evaluación del personal contratado se realizará de acuerdo a los procedimientos del MDMQ. La totalidad del personal contratado con recursos del proyecto tendrá que ser sometido al sistema de evaluación de desempeño del MDMQ.

El sistema de evaluación referido, está sustentado en la Ley Orgánica del Servicio Público, en el Artículo 76: Subsistema de evaluación del desempeño, la misma que es aplicable a los servidores/as públicos/as y, cuya principal orientación en evaluar al personal, bajo parámetros objetivos acordes con las funciones, responsabilidades y perfiles del puesto. La escala de calificaciones es (i) excelente, (ii) muy bueno, (iii) satisfactorio, (iv) regular y, (v) insuficiente; el proceso se legaliza a través de los jefes

inmediatos o el funcionario evaluador designado.

La evaluación la efectúa el jefe inmediato y es revisada y aprobada por el inmediato superior institucional o la Autoridad nominadora. La evaluación del personal servirá también de base para la remoción y/o cambio de personal.

5.8.4 Evaluación del proyecto

Por el corto tiempo previsto para el proyecto –dos años- y, tomando en consideración el tipo de actividades previstas, se organizarán dos evaluaciones:

Una evaluación final se realizará durante el último trimestre del segundo año y contrastará los resultados del proyecto con sus objetivos iniciales. Las conclusiones de la evaluación serán direccionadas hacia las “lecciones aprendidas”, se evaluarán los procesos de apropiación y la replicabilidad de las experiencias acumuladas. No se realizará una evaluación de medio término en razón del corto plazo del proyecto.

5.9 Comunicación externa e interna

La comunicación interna entre las Entidades y personas involucradas es de suma importancia para el éxito del proyecto, sobre todo, tomando en consideración el nuevo modelo de gestión aplicado. La comunicación debe ser activa, impulsada por el Coordinador/a Técnico/a del proyecto y la Secretaría de Salud y, se realizará por medio de:

- a. Socialización de los POA's anuales después de su aprobación por la EMCL
- b. Informes trimestrales técnicos y financieros que serán presentados a la CTB para su aprobación.
- c. Informes mensuales con un breve resumen de las actividades cumplidas durante el mes anterior y programación para el mes siguiente.
- d. Organización de sesiones de información y de intercambio sobre temas y problemas específicos del proyecto.

La comunicación externa para un público especializado es necesaria, para fomentar el debate y asegurar que nuevas ideas puedan ser consideradas por el proyecto. Una estrategia será definida por el proyecto, conjuntamente con la CTB, durante los primeros tres meses de ejecución del mismo, la que tendrá por objeto, la socialización de las actividades y decisiones del proyecto para los usuarios de los servicios en el ámbito del proyecto.

5.10 Cierre del proyecto

Por lo menos seis meses antes de terminar el proyecto, se construirá un plan y una estrategia de salida y cierre, en función de los logros obtenidos con énfasis en lograr sostenibilidad de los diferentes sistemas puestos en marcha por el proyecto.

5.10.1 Situación financiera

Seis meses antes de la fecha de cierre del convenio específico, se presentará un estado completo de la situación financiera del proyecto, establecido según los procedimientos de la CTB y comprobado por la sede de la CTB, a la EMCL.

5.10.1.1 Destino de saldos presupuestarios al final del proyecto

Al final del proyecto, los bienes adquiridos con recursos del proyecto pasarán a propiedad del MDMQ.

El destino de los saldos presupuestarios del proyecto, será definido en común acuerdo entre las partes, por medio de Notas Reversales, con base a las propuestas de la EMCL. Los montos remanentes de las cuentas divisas y TE en cogestión serán transferidos a la cuenta bancaria Régie específica para el proyecto dentro de los 3 meses, tras el cierre operativo del proyecto. Desde esa cuenta, se procederá a la transferencia de dichos saldos a los destinatarios finales.

5.10.2 Gastos fuera de la fecha final del Convenio Específico

Una vez finalizado el Convenio Específico, no se autorizan nuevos gastos, solamente se ejecutarán aquellos que estén ligados a compromisos tomados antes de la fecha del fin del Convenio Específico y que hayan sido señalados en el acta de la EMCL.

5.10.3 Informe final

El Coordinador/a Técnico/a del proyecto, con el apoyo de los equipos involucrados, redactará un informe final según el modelo de la CTB y, lo presentará a la EMCL.

El informe final incluirá:

- a. Un resumen de las modificaciones introducidas al proyecto desde su inicio.
- b. Una presentación del contexto del proyecto y un resumen del marco lógico final.
- c. La valoración de los criterios clásicos de medida de calidad de una intervención de ayuda al desarrollo: eficiencia, eficacia, durabilidad, pertinencia e impacto.

- d. La valoración de los criterios de alineación y armonización: armonización, alineación, gestión orientada hacia resultados, responsabilidad mutua y apropiación.
- e. Los resultados del seguimiento del proyecto y posibles auditorias y otros informes de control y el seguimiento de las recomendaciones.
- f. La síntesis de las lecciones aprendidas.

El informe final, se presentará a más tardar 6 meses después de la fecha final del convenio específico al Estado belga, a través del Agregado de Cooperación en Quito y la sede de la DGD en Bruselas.

5.11 Aprobación de las Adaptaciones del DTF

Toda modificación del objetivo específico, de la duración del Convenio Específico y del presupuesto total deben hacerse a través de un intercambio de Notas Reversales entre las parte belga y ecuatoriana. Para todos los demás cambios se requiere la aprobación de la EMCL y se mantendrá informada a la DGD.

6 TEMAS TRANSVERSALES

6.1 Medio ambiente (incluye adaptación al cambio climático)

El crecimiento demográfico y sobre todo la explotación de la naturaleza hace que en los actuales momentos todos los proyectos deban considerar un enfoque ambientalista por qué implica una presión sobre los recursos existentes. Particularmente en el trabajo en el tema de la salud sexual y reproductiva es necesario considerar el efecto que puedan tener los cambios demográficos y el llamado bono demográfico considerado como una ventaja de los países en vías de desarrollo tener más población joven y productiva que pueda mantener a los grupos de los extremos como niños y niñas y la población de la tercera edad. Además, las presiones que se ejercen sobre los y las adolescentes como consumidores de productos sociales y comerciales que si bien no son los únicos que lo hacen, se considera importante los hábitos de consumo que se generan en esta etapa del desarrollo pues marcará la tendencia de su generación.

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 alimentaría, la vivienda y los asentamientos humanos más vulnerables, los eventos climáticos extremos, y el crecimiento demográfico y la migración. Estas amenazas cobraran víctimas, especialmente entre los menores y las personas mayores, y sobre todo 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 alimentaría con efectos en la tasa de desnutrición y 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."

Las repercusiones del cambio climático en la salud de la población urbana se volverán cada vez más intensas como resultado de la urbanización rápida y mal planificada.

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 proyecto a la vez que se aborden otros enfoques es necesario recrear también la responsabilidad de los y las habitantes del DMQ en el cuidado del medio ambiente y las diferentes presiones que se ejercen sobre él con el actual modelo de desarrollo.

6.2 Género

6.2.1 Estrategias específicas “género”

El proyecto tiene como punto de partida una mirada integral de la salud, que toma en cuenta la población en condiciones de vulnerabilidad. En el tema de salud sexual y reproductiva 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 por razón de género. El presente proyecto realizará una recopilación de información clínica y estadística diferenciada por género 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 de la SMS y en los servicios de salud se desarrollarán métodos e instrumentos que permitan crear acciones positivas para compensar las desigualdades existentes.

6.2.2 Gender-budget

Con ese ejercicio se estima el impacto en el género de los medios planificados.

- Amarillo : Acción específica fortaleciendo el « Gender machinerie ». Por ejemplo: apoyo a instituciones trabajando en « Gender mainstreaming » ; apoyo a puntos focales « género », ...
- Verde : Acción sensible a género. Quiere decir que se considera el equilibrio entre hombres y mujeres. Por ejemplo: formación con participación de mujeres y hombres, mujeres y hombres son formadores; selección y contratación de personal se hace de manera sensible a los aspectos de género.
- Orange : Acción específica “género”. Por ejemplo acciones únicamente par mujeres o hombres (programa de control del cáncer del cuello); acciones positivas para mejorar condiciones laborales, sociales para los hombres o mujeres; acciones para mejorar el acceso a ciertos servicios para hombres o mujeres.
- Bleu : Acciones neutrales (funcionamiento, inversiones)

Esa repartición será monitoreado anualmente en los informes anuales, y las evaluaciones. Para el actual pro

- Gender neutral: **15 %**
- Gender sensitive: **72 %**
- Gender specific: **13 %**

PRESUPUESTO TOTAL				Mode d'exéc.	PRES TOTAL	%	Año 1	Año 2
A	Componente Fortalecimiento Institucional de la Secretaría de Salud del MDMQ.				344.466	34%	292.650	51.817
A 01	<i>Fortalecidas las capacidades técnicas y de gestión de la Secretaría de Salud.</i>				138.000	14%	126.000	12.000
A 01 01	Estudios sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes del DMQ.	cogestion	49.000		49.000	0		
A 01 02	Formación de recursos humanos sobre derechos, salud sexual y reproductiva de adolescentes.	cogestion	30.000		18.000	12.000		
A 01 03	Fortalecimiento de una unidad de análisis estratégico de salud.	cogestion	59.000		59.000	0		
A 02	<i>Incrementadas las coberturas y la calidad de las atenciones de salud de la población adolescente.</i>				206.466	21%	166.650	39.817
A 02 01	Apoyo técnico para el desarrollo de metodologías e instrumentos para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.	cogestion	132.000		132.000	0		
A 02 02	Capacitación continua y círculos de mejoramiento de la calidad para el personal de las UMS.	cogestion	74.466		34.650	39.817		
B	Componente Promoción de los DSDR y prevención del embarazo adolescente				334.077	33%	162.614	171.463
B 01	<i>Incremento del numero de adolescentes en situación de vulnerabilidad del DMQ que conocen sus derechos sexuales y reproductivos en relación a las estadísticas 2010</i>				334.077	33%	162.614	171.463
B 01 01	Promoción de servicios e información sobre DSSR	cogestion	101.539		59.946	41.593		
B 01 02	Desarrollo de una estrategia compartida entre las diferentes instancias municipales sobre educación de la sexualidad.	cogestion	103.622		59.210	44.412		
B 01 03	Desarrollo de organizaciones y liderazgos comunitarios de adolescentes, jóvenes, padres/madres de familia.	cogestion	128.916		43.458	85.458		
C	Componente Equipamiento médico				177.763	18%	88.882	88.882
C 01	<i>Realizadas las adecuaciones y equipamiento en el área de consulta externa en la Unidad Municipal de Salud Sur</i>				177.763	18%	88.882	88.882
C 01 01	Equipamiento médico	cogestion	177.763		88.882	88.882		
Z	Medios generales				143.694	14%	55.970	87.724
Z 01	<i>Gastos de personal</i>				81.694	8%	35.770	45.924
Z 01 01	Asistencia técnica nacional	cogestion	50.770		20.308	30.462		
Z 01 02	Coordinador Administrativo Financiero (1x24) (P12)	regie	30.924		15.462	15.462		
Z 03	<i>Gastos de funcionamiento</i>				7.000	1%	5.200	1.800
Z 03 01	Otros gastos	regie	7.000		5.200	1.800		
Z 04	<i>Auditoria, seguimiento, evaluación</i>				55.000	6%	15.000	40.000
Z 04 01	Frais de suivi et évaluation	regie	25.000		0	25.000		
Z 04 02	Audit	regie	30.000		15.000	15.000		
TOTAL					1.000.000		600.115	399.885

6.3 Derecho de los niños, niñas y adolescentes.

El enfoque basado en los derechos del niño, tiene como sustento la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de las Naciones Unidas y considera a cada niño/a como un ser humano único y valioso, con derecho no solo a la vida y a la supervivencia, sino también al desarrollo para completar su potencial. El enfoque basado en los derechos del niño entiende que los niños/as tienen experiencias esenciales que ofrecer, y que merecen que sus mejores intereses sean atendidos mediante la adecuada asignación de recursos e implementación de todos los derechos considerados en la CDN.

El Código de la Niñez y Adolescencia dispone sobre la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en el Ecuador, con el fin de lograr su desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos, en un marco de libertad, dignidad y equidad.

Para este efecto, regula el goce y ejercicio de los derechos, deberes y responsabilidades de los niños, niñas y adolescentes y los medios para hacerlos efectivos, garantizarlos y protegerlos, conforme al principio del interés superior de la niñez y adolescencia y a la doctrina de protección integral para lo cual el Estado y la sociedad formularán y aplicarán políticas públicas sociales y económicas; y destinarán recursos económicos suficientes, en forma estable, permanente y oportuna.

La intervención del proyecto está dirigida a mejorar las condiciones de salud de los y las adolescentes por lo tanto, incide directamente en el cumplimiento y goce de sus derechos y mejoramiento de su calidad de vida y de las oportunidades para alcanzar un completo desarrollo de sus potencialidades disminuyendo el círculo vicioso de la pobreza y marginación.

6.4 VIH-SIDA

Particularmente asociado al tema de intervención del presente proyecto especialmente en la promoción de DSSR como eje transversal, se encuentra la pandemia del VIH-SIDA que a inicio de los años 70, cuando se desconocía de la existencia de retrovirus humanos, se creía que las enfermedades transmisibles eran eventos que en el corto plazo iban a ser superados por los países desarrollados pasando a formar parte de la larga lista de problemas con pocas probabilidades de solución en los países en desarrollo; sin embargo la historia tomó un rumbo diferente.

Los cambios sociales, los movimientos migratorios, la adicción a las drogas intravenosas, las prácticas sexuales no seguras, la desigualdad de género, entre otros factores no identificados a tiempo, crearon las condiciones propicias e hicieron que emerja un problema de salud pública de gran magnitud a nivel mundial.

Hoy, la pandemia de VIH/SIDA, que nos involucra a todos, se ha convertido en uno de los desafíos más grandes para nuestra sociedad, en términos de garantizar el derecho a la salud y de respeto a otros derechos fundamentales.

Luego de que han transcurrido 30 años desde el diagnóstico del primer caso de VIH, es mucho el camino que se ha recorrido y los esfuerzos desplegados por los todos los Estados han sido enormes; sin embargo día a día la carga de la morbilidad y mortalidad

de esta epidemia es mayor sobretodo en la franja de población económicamente activa, con un impacto individual y colectivo en lo emocional, social y económico.

La atención integral a Personas Viviendo con VIH/SIDA requiere de una elevada demanda de recursos, especialmente destinados a la prevención, especialmente de adolescentes, jóvenes y mujeres a más de los grupos tradicionalmente en mayor riesgo como son los hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y transgéneros y garantizar el acceso a medicamentos y a la disponibilidad de personal sanitario sensible y capacitado.

Es necesario reconocer que en los últimos años, a pesar de la serie de estrategias y de intervenciones de comprobada efectividad que han sido implementadas para la prevención y control de la transmisión del VIH, el número de casos continúa incrementándose de manera alarmante en el mundo. Esto es explicable, entre otros factores, por la escasa comprensión de la enfermedad que impide enfrentar la epidemia de manera integral, más allá de los sectores salud y de educación. Han sido determinantes en este fracaso la negación o minimización de la epidemia; las creencias o patrones culturales, los mitos y tabúes, el estigma y la discriminación, que junto con un pobre o nulo acceso a métodos de prevención y una cobertura de intervenciones cada vez mas insuficiente, asociada al patrón socio psicológico de vulnerabilidad de la población en general, pero particularmente de aquellas consideradas como poblaciones claves o expuestas.

7 ANEXOS

7.1 Marco Lógico

Titulo del proyecto: "APOYO LAS LINEAS ESTRATEGICAS DE LA GESTION DE SALUD DEL MDMQ"				
Objetivos		Indicadores objetivamente verificables	Medios de Verificación	Hipótesis y riesgos
Objetivo General	La calidad de vida de los/as adolescentes en situación de vulnerabilidad del DMQ, ha sido mejorada	<p>% de incremento de la cobertura y calidad de atención de los y las adolescentes en servicios de salud de las UMS.</p> <p>% de incremento de la participación en programas de mejoramiento de la calidad de vida de adolescentes del DMQ</p>	<p>Registros anuales de producción hospitalaria y ambulatoria diferenciada por género, edad y etnia.</p> <p>Registro de participantes de programas de mejoramiento de la calidad de vida de adolescentes del MDMQ.</p>	<p>Se construyen y mantienen sinergias entre las políticas estatales y las del gobierno local especialmente con la ENIPLA con énfasis en población adolescente y la relacionada con la prevención de embarazo en adolescentes.</p> <p>El riesgo es que no se coordinen adecuadamente las acciones de la SMS con las demás instancias que realizan los programas de mejoramiento de la calidad de vida de adolescentes.</p>

Objetivo Específico	El acceso de los adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y el conocimiento de los derechos en salud sexual y reproductiva de adolescentes en situación de vulnerabilidad del DMQ han sido mejorados	% de incremento del número y satisfacción de la calidad de las atenciones de la población adolescente en situación de vulnerabilidad en la red municipal de salud en relación con las coberturas del 2010, diferenciada por género, edad y etnia.	Registros anuales de producción hospitalaria. Línea de base del proyecto. Encuestas de satisfacción de la calidad	Se adecúan los servicios de salud municipales para atender a un mayor número de adolescentes y los servicios municipales de salud implementan la medición de satisfacción de la calidad al final de cada consulta. El riesgo es que la línea de base no se realice con metodologías rápidas y no se cuente a tiempo con los resultados iniciales.
		% de incremento de adolescentes en situación de vulnerabilidad DMQ que conocen sus derechos sexuales y reproductivos en relación a las estadísticas 2010, diferenciada por género, edad y etnia.	Test de CAP al inicio y final del proyecto.	Las Secretarías de Salud, Educación y las administraciones zonales del MDMQ conjuntamente con el MSP trabajan en la educación de derechos y educación sexual con enfoque científico y humano en el fortalecimiento de las organizaciones de adolescentes y jóvenes. El riesgo es que no se cuente a tiempo con los resultados iniciales de línea de base y CAP que permitan afinar las estrategias.

Titulo del proyecto: "APOYO LAS LINEAS ESTRATEGICAS DE LA GESTION DE SALUD DEL MDMQ"				
	Objetivos	Indicadores objetivamente verificables	Medios de Verificación	Supuestos
A. Componente Fortalecimiento Institucional de la Secretaría de Salud del MDMQ				
Resultado	Fortalecidas las capacidades técnicas y de gestión de datos de la Secretaría de Salud.	<p># de recursos humanos formados en derechos, salud sexual y reproductiva de adolescentes, enfoques de género, intercultural, intergeneracional, ambientalista en la SS y la red municipal de salud.</p> <p>Estructura y manuales de operación de la unidad de análisis estratégico de salud en la SS.</p> <p>Sistema de información actualizado y funcionando en tiempo real.</p> <p># de manuales sobre las estructuras, metodologías e instrumentos de planeación, medición y mejoramiento de la calidad de los servicios municipales de salud.</p> <p># de círculos de mejoramiento de la calidad funcionando en las unidades municipales de salud.</p>	<p>Matrículas, asistencia y notas finales de los participantes.</p> <p>Informes de evaluación de desempeño</p> <p>Documentos con la estructura y manuales aprobados.</p> <p>Informes de monitoreo y evaluación.</p> <p>Manuales de mejoramiento de la calidad publicados e implementados en las unidades de salud.</p> <p>Informes técnicos de la SMS.</p>	<p>Voluntad y compromiso del personal de salud de la SMS y de los servicios, para brindar servicios de salud con calidad, oportunidad y efectividad.</p> <p>Niveles intermedios de gestión sanitaria cuentan con medios y presupuestos adecuados y suficientes para el cumplimiento de sus funciones.</p> <p>Los equipos de salud mantienen una elevada motivación para formar los círculos de calidad y mantenerlos funcionando.</p>

		municipales de salud.		
Resultado 2	Incrementadas las coberturas y la calidad de las atenciones de salud de la población adolescente.	# de las atenciones de la población adolescente en situación de vulnerabilidad en la red municipal de salud en relación a las coberturas del 2010, diferenciada por género, edad y etnia.	Registros anuales de producción de servicios de salud. Línea de base del proyecto.	Las condiciones de seguridad del edificio de la USMS no se deterioran más y se controlan los factores de riesgo y no interfieren en las actividades normales de atención de salud.
		% de adolescentes que manifiestan su satisfacción con la calidad de atención de los servicios de salud diferenciada por género, edad y etnia.	Encuestas periódicas de satisfacción de la calidad diferenciadas por edad, género, etnia, ubicación geográfica.	Se sistematizan y analizan periódicamente las encuestas de satisfacción de calidad.

B. Componente Promoción de los DSDR y prevención del embarazo adolescente

<p>Resultado</p>	<p>Incremento del número de adolescentes en situación de vulnerabilidad del DMQ que conocen sus derechos sexuales y reproductivos en relación a las estadísticas 2010, diferenciada por género, edad y etnia.</p>	<p>% de adolescentes que conocen sus derechos sexuales y reproductivos. % de adolescentes que usan métodos anticonceptivos modernos en sus relaciones sexuales # de productos comunicacionales con imágenes positivas de los y las adolescentes del DMQ. 1 documento con el diseño de la estrategia compartida de las secretarías e instancias pertenecientes al área social sobre educación de la sexualidad. # de actividades sinérgicas para la educación de la sexualidad. # de organizaciones de adolescentes y jóvenes a más de los existentes son fortalecidos por cada administración zonal y se manejan los enfoques de género, intercultural, intergeneracional y ambiental. # de liderazgos de adolescentes y jóvenes a más de los existentes fortalecidos por cada administración zonal y se manejan los enfoques de género, intercultural, intergeneracional y</p>	<p>Encuestas CAP al inicio, intermedio y final del proyecto. Informes técnicos, contratos y registros gráficos de los productos comunicacionales. Documentos técnicos, acuerdos, planificaciones integrales de las administraciones zonales. Informes de seguimiento y evaluación de las administraciones zonales. Registros de participantes de los eventos de capacitación.</p>	<p>Voluntad política y compromiso de las organizaciones sociales para participar democráticamente en la gestión adecuada de los servicios de salud y la promoción del autocuidado de la salud en cada una de sus comunidades. Los aprendizajes sobre salud sexual y reproductiva son aplicados por los y las adolescentes en su vida cotidiana. La coordinación intersectorial funciona adecuadamente y se producen las sinergias intersectoriales.</p>
-------------------------	---	---	---	---

		ambiental.		
C. Componente equipamientos médicos				
Resultado	Realizadas las adecuaciones y equipamiento en el área de consulta externa en la Unidad Municipal de Salud Sur.	Realizadas las adecuaciones físicas del área de consulta externa de la UMSS dedicada para adolescentes.	Informes técnicos de entrega recepción a satisfacción de las obras contratadas.	El MDMQ aprueba la reforma presupuestaria y se inician inmediatamente los trabajos de remodelación de una manera que garantice la permanencia de las estructuras durante el tiempo necesario hasta que se realice una nueva construcción que reemplace a la actual. Existen los TDR y los proveedores de equipos presentan propuestas en el sistema de compras públicas apropiadas en el tiempo programado
		Equipamiento médico de la UMSS concluido	Informes técnicos de funcionamiento apropiado de los equipos adquiridos.	
		Área de atención adecuada para adolescentes funcionando en toda su capacidad	Informes de producción del servicio de atención para adolescentes. Informes de monitoreo y evaluación.	

Título del Proyecto: "APOYO LAS LINEAS ESTRATÉGICAS DE LA GESTION DE SALUD DEL MDMQ"

ACTIVIDADES POR RESULTADO			Costos - Euros		
			856306		
	subtotales	IOV		Rubros	Responsables
A. Componente Fortalecimiento Institucional de la Secretaría de Salud del MDMQ.			344.466		
A 01. Fortalecidas las capacidades técnicas y de gestión de datos de la Secretaría de Salud.					
A 01 01		Estudios sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes del DMQ.	No de estudios realizados, diferenciada por género, edad y etnia.	49.000	
MEDIOS/TAREAS	A 01 01 01	Elaboración de los estudios de: información básica, CAP, sondeos de opinión, etc.		49.000	Estudios SMS
A 01 02		Formación de recursos humanos sobre derechos, salud sexual y reproductiva de adolescentes.	Nº personas capacitadas. Nº de personas con buen nivel de desempeño.	30.000	
MEDIOS/TAREAS	A010201	Implementación de un programa de educación continua sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes, dirigido a comunicadores/as, educadores/as, promotores/as.		30.000	Capacitación SMS

	A 01 03	Fortalecimiento de una unidad de análisis estratégico de salud.	% de profesionales que usan la historia clínica electrónica. No de informes actualizados de producción de servicios. No de informes de análisis de la situación de salud y de los servicios.	59.000		
MEDIOS/ TAREAS	A 01 03 01	Implementación de la historia clínica electrónica con las especificidades de género y edad.		59.000	AT	SMS
A 02. Incrementadas las coberturas y la calidad de las atenciones de salud de la población adolescente.				206.466		
	A 02 01	Apoyo técnico para el desarrollo de metodologías e instrumentos para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.	No de adolescentes atendidos en la red municipal de salud y que manifiestan su satisfacción por la calidad del servicio.	132.000		
MEDIOS/TAREAS	A 02 01 01	Desarrollo y publicación de instrumentos y métodos de planeación, medición y mejoramiento de la calidad, con enfoque de género, intercultural e intergeneracional.		100.000	Gestión	SMS
	A 02 01 02	Desarrollo de servicios de atención diferenciada para adolescentes en las unidades municipales de salud y sus redes de primer nivel.		32000	Gestión	SMS

A 02 02		Capacitación continua y círculos de mejoramiento de la calidad para el personal de las UMS.	No de personas que aprueban el curso de mejoramiento de la calidad. No de comités de mejoramiento de la calidad conformados y funcionando.	74.466		
MEDIOS/TAREAS	A 02 02 01	1 programa de educación continua sobre mejoramiento de la calidad de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes, dirigido a personal responsable de la atención a adolescentes de los SMS.		30.000	Capacitación	SMS
	A 02 02 02	Comités de mejoramiento continuo de la calidad creados y en funcionamiento en la Secretaria de Salud y las UMS.		33.299	Capacitación	UMS
	A 02 02 03	Concurso metropolitano de mejores prácticas en el mejoramiento continuo de la calidad de servicios de salud para adolescentes.		11.167	Gestión	SMS
B. Componente Promoción de los DSDR y prevención del embarazo adolescente				334.077		
B 01. Incremento del numero de adolescentes en situación de vulnerabilidad del DMQ que conocen sus derechos sexuales y reproductivos en relación a las estadísticas 2010,				334.077		
B 01 01	Promoción de servicios e información sobre DSSR.	% de adolescentes que aprueban test sobre conocimientos sobre DSSR. % de adolescentes que usan anticonceptivos modernos en sus		101.539		

			relaciones sexuales.			
MEDIOS/TAREAS	B 01 01 01	Desarrollo de materiales audiovisuales con enfoque de género, intercultural e intergeneracional para difusión en medios de comunicación, elaborados por jóvenes del DMQ .		30.000	Comunicación	SMS
	B 01 01 02	Cursos, biblioteca y redes virtuales sobre DSSR para adolescentes y jóvenes.		40.000	Capacitación	SMS
	B 01 01 03	Programa radial interactivo sobre derechos, salud sexual y reproductiva.		11.539	Capacitación	SMS
B 01 02	Desarrollo de una estrategia compartida entre las diferentes instancias municipales sobre educación de la sexualidad.	Documentos técnicos, acuerdos, planificaciones integrales de las administraciones zonales. Informes de seguimiento y evaluación de las administraciones zonales. Registros de participantes de los eventos de capacitación.		103.622		
MEDIOS/TAREAS	B 01 02 01	Contenidos, instrumentos y materiales sobre educación de la sexualidad desarrollados con la Secretaría de Educación con enfoque de género, intercultural e intergeneracional.		30.000	Capacitación	SMS

	B 01 02 02	Programas educativos alternativos itinerantes sobre derechos, organización y salud sexual y reproductiva		41.314	Capacitación	SMS
	B 01 02 03	La SMS establece convenios con el sector productivo, trabajadores informales, comercio formal e informal, los mercados municipales, etc., para que trabajadores menores de 19 años reciban educación sobre sexualidad y accedan a métodos anticonceptivos.		32.308	Capacitación	SMS
	B 01 03	Fortalecimiento de organizaciones y liderazgos comunitarios de adolescentes, jóvenes, padres/madres de familia.	No de nuevas organizaciones fortalecidas por administración zonal, diferenciada por género, edad y etnia.	128.916		
MEDIOS/TAREAS	B 01 03 01	Fortalecimiento de las organizaciones juveniles y de adolescentes conjuntamente con las administraciones zonales y apoyo de las UMS.		34.615	Capacitación	AZ
	B 01 03 02	Talleres permanentes sobre vida saludable y DSSR con organizaciones sociales de padres y madres de familia del DMQ.		52.301	Capacitación	AZ
	B 01 03 03	Realización de un concurso nacional sobre materiales comunicacionales, educativos o promocionales sobre derechos, salud sexual y reproductiva.		42.000	Comunicación	AZ
C. Componente equipamientos médicos				177.763		
C 01. Realizadas las adecuaciones y equipamiento en el área de consulta externa en la Unidad Municipal de Salud Sur.				177.763		

C 01 01		Equipamiento médico	Áreas de la nueva edificación de la UMSS equipadas	177.763		
MEDIOS/TA REAS	C 01 01 01	Adquisición del equipamiento médico para atención diferenciada de adolescentes y tratamiento de la violencia de género en la Unidad Municipal de Salud Sur.		177.763	Equipamiento	UMSS
SMS	Secretaría Metropolitana de Salud					
UMSS	Unidad Municipal de Salud del Sur					
UMS	Unidad Municipal de Salud					
AZ	Administración Zonal					

7.2 Detalle del Presupuesto total base de cálculo

PRESUPUESTO TOTAL				Mode d'exéc.	PRES TOTAL	%	Año 1	Año 2
A	Componente Fortalecimiento Institucional de la Secretaría de Salud del MDMQ.				344.466	34%	292.650	51.817
A 01	Fortalecidas las capacidades técnicas y de gestión de la Secretaría de Salud.				138.000	14%	126.000	12.000
A 01 01	01	La Secretaría Metropolitana de Salud dispone de estudios (línea de base) con metodologías rápidas sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes del DMQ.	cogestion		49.000		49.000	0
A 01 02	02	Incrementado el N° de recursos humanos institucionales formados sobre derechos, salud sexual y reproductiva de adolescentes para las secretarías de salud, educación, inclusión social, territorios, personal de comunicación social, Fundación Patronato San J	cogestion		30.000		18.000	12.000
A 01 03	03	Fortalecimiento de una unidad de análisis estratégico de salud.	cogestion		59.000		59.000	0
A 02	Incrementadas las coberturas y la calidad de las atenciones de salud de la población adolescente.				206.466,00	21%	166.650	39.817
A 02 01	01	Establecidas y funcionando las estructuras, metodologías e instrumentos de planeación, medición y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud municipales.	cogestion		132.000		132.000	0
A 02 02	02	Capacitación continua y círculos de mejoramiento de la calidad para el personal de las unidades de salud municipales.	cogestion		74.466		34.650	39.817
B	Componente Promoción de los DSDR y prevención del embarazo adolescente				334.077	33%	162.614	171.463
B 01	Incremento del número de adolescentes en situación de vulnerabilidad del DMQ que conocen sus derechos sexuales y reproductivos en relación a las estadísticas 2010				334.077	33%	162.614	171.463
B 01 01	01	Promoción de servicios, información sobre DSSR y difusión de materiales comunicacionales con imágenes positivas de los y las adolescentes del DMQ.	cogestion		101.539		59.946	41.593
B 01 02	02	Las Secretarías Metropolitanas e instancias pertenecientes al área social (salud, educación, inclusión social, deportes, Fundación Patronato San José, etc) tienen una estrategia compartida sobre educación de la sexualidad y actúan sinérgicamente complemen	cogestion		103.622		59.210	44.412
B 01 03	03	Al menos 10 organizaciones y 20 liderazgos comunitarios de adolescentes, jóvenes y padres/madres de familia fortalecidos –a más de los existentes- por cada administración zonal.	cogestion		128.916		43.458	85.458
C	Componente Equipamiento médico				177.763	18%	88.882	88.882
C 01	Realizadas las adecuaciones y equipamiento en el área de consulta externa en la Unidad Municipal de Salud Sur.				177.763	18%	88.882	88.882
C 01 01	01	Funcionando el equipamiento médico en el área de consulta externa para atención diferenciada de adolescentes y tratamiento de la violencia de género en la Unidad Municipal de Salud Sur.	cogestion		177.763		88.882	88.882
Z	Medios generales				143.694	14%	55.970	87.724
Z 01	Gastos de personal				81.694	8%	35.770	45.924
Z 01 01	01	Coordinador Técnico del proyecto (1x24m) (D2)	cogestion		50.770		20308	30462
Z 01 02	02	Coordinador Administrativo Financiero (1x24) (P12)	regie		30.924		15462	15462
Z 03	Gastos de funcionamiento			regie	7000	1%	5200	1800
Z 04	Auditoria, seguimiento, evaluación			regie	55000	6%	15000	40000
Z 04 01	01	Frais de suivi et évaluation	regie		25.000		0	25000
Z 04 02	02	Audit	regie		30.000		15000	15000
TOTAL					1000000		600115	399885

7.3 Cronograma de intervención

CRONOGRAMA DE LA INTERVENCIÓN				Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
A. Componente Fortalecimiento Institucional de la Secretaría de Salud del MDMQ.											
A	01		<i>Fortalecidas las capacidades técnicas y de gestión de la Secretaría de Salud.</i>								
A	01	01	La Secretaría Metropolitana de Salud dispone de estudios (línea de base) con metodologías rápidas sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes del DMQ.	X	X						
A	01	02	Incrementado el N° de recursos humanos institucionales formados sobre derechos, salud sexual y reproductiva de adolescentes para las secretarías de salud, educación, inclusión social, territorios, personal de comunicación social, Fundación Patronato San José, las administraciones zonales y el MSP.			X	X	X	X		
A	01	03	Fortalecimiento de una unidad de análisis estratégico de salud.	X	X						
A	02		<i>Incrementadas las coberturas y la calidad de las atenciones de salud de la población adolescente.</i>								
A	02	01	Establecidas y funcionando las estructuras, metodologías e instrumentos de planeación, medición y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud municipales.	X	X	X					
A	02	02	Capacitación continua y círculos de mejoramiento de la calidad para el personal de las unidades de salud municipales.			X	X	X	X	X	X

B	01		<i>Incremento del número de adolescentes en situación de vulnerabilidad del DMQ que conocen sus derechos sexuales y reproductivos en relación a las estadísticas 2010,</i>										
B	01	01	Promoción de servicios, información sobre DSSR y difusión de materiales comunicacionales con imágenes positivas de los y las adolescentes del DMQ.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
B	01	02	Las secretarías e instancias pertenecientes al área social (salud, educación, inclusión social, deportes, Fundación Patronato San José, etc.) tienen una estrategia compartida sobre educación de la sexualidad y actúan sinérgicamente complementando sus acti	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
B	01	03	Al menos 10 organizaciones y 20 liderazgos de adolescentes y jóvenes a más de los existentes son fortalecidos por cada administración zonal y se manejan los enfoques de género, intercultural, intergeneracional y ambiental.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
C. Componente Equipamientos de salud													
C	01		<i>Realizadas las adecuaciones y equipamiento en el área de consulta externa en la Unidad Municipal de Salud Sur.</i>										
C	01	01	Funcionando el equipamiento médico en el área de consulta externa para atención diferenciada de adolescentes y tratamiento de la violencia de género en la Unidad Municipal de Salud Sur.			X	X						

7.4 Términos de referencia para el personal

7.4.1 Perfil del Coordinador/a Técnico/a del proyecto.

Deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Diploma Universitario en Medicina.
- Maestría en Salud Pública.
- Experiencia comprobada de diez años en la dirección de proyectos de salud pública y/o cooperación internacional.
- Experiencia en enfoque de derechos, DSR, género, interculturalidad, intergeneracional.
- Experiencia en funcionamiento de los servicios de salud en el Ecuador.
- Experiencia en mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.
- Experiencia en ejecución y gestión de proyectos de salud.
- Conocimiento de la problemática de la salud sexual y reproductiva.
- Manejo de enfoques de género, generacional, intercultural y ambiental.
- Conocimiento de modalidades de ejecución tanto nacionales como de cooperación internacional.
- Conocimiento general de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública.
- Capacidad de trabajo en equipo.
- Perfecto dominio del español.
- Dominio de herramientas informáticas.

Entre las **tareas y responsabilidades** del Coordinador Técnico del proyecto, se encuentran las siguientes:

- Poner en marcha el proyecto y ejecutar sus actividades de acuerdo al Documento Técnico Financiero –DTF- y los demás documentos que lo regulan.
- Coordinar el desarrollo de las actividades derivadas de la ejecución del proyecto, con diferentes instancias tanto a nivel público como privado.
- Monitorear permanentemente el avance del proyecto, sistematización de indicadores, metas y recopilación de medios de verificación.
- Elaborar los presupuestos y Planes Operativos Anuales (POA) y los informes narrativos y financieros anuales y presentarlos a la EMCL para su aprobación.
- Elaborar los informes semestrales de ejecución y presentarlos a la EMCL.
- Proponer a la EMCL, en caso que lo considere necesario, las modificaciones o ajustes que se requieran para la mejor marcha del proyecto.

- Implementar las recomendaciones o medidas correctivas que disponga la EMCL a partir de las evaluaciones del proyecto.

7.4.2 Perfil del Coordinador/a administrativo financiero.

Deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Diploma Universitario en Economía.
- Formación en relaciones internacionales.
- Experiencia comprobada de mínimo cinco años en el seguimiento, monitoreo y evaluación de proyectos de cooperación internacional.
- Experiencia en proyectos de cooperación internacional.
- Experiencia en enfoque de derechos, DSR, género, interculturalidad, intergeneracional.
- Conocimiento de sistemas financieros públicos (UNICLASS FINANZAS y e-Sigef).
- Conocimiento de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública.
- Capacidad de redacción de informes.
- Conocimiento de metodologías IEC (información, educación y comunicación).
- Capacidad de trabajo en equipo.
- Perfecto dominio del español.
- Dominio de herramientas informáticas.

Entre las **tareas y responsabilidades** del Coordinador Administrativo Financiero del proyecto, se encuentran las siguientes:

- Revisión de los procesos previos a la contratación de bienes y/o servicios.
- Revisión y suscripción de las No Objeciones por parte de la CTB.
- Seguimiento financiero, técnico y operativo al avance del proyecto.
- Apoyo a la elaboración y entrega de los informes requeridos por parte de la CTB y de la Estructura Mixta de Concertación Local.
- Apoyo al desarrollo de las actividades de promoción, comunicación y difusión, derivadas de la ejecución del proyecto.

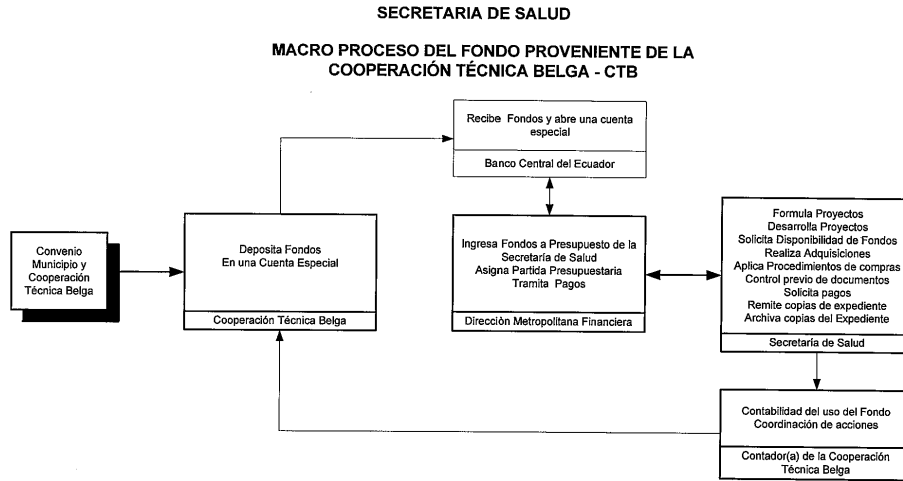
TIEMPO PREVISTO

El tiempo previsto para desarrollar el trabajo será de dos años.

LUGAR DE TRABAJO

El lugar de trabajo será la ciudad de Quito, en las instalaciones de la Secretaría de Salud, desde donde se coordinarán las acciones con las demás instancias municipales y la Cooperación Técnica Belga.

7.5 Macro proceso fondo proveniente de la CTB



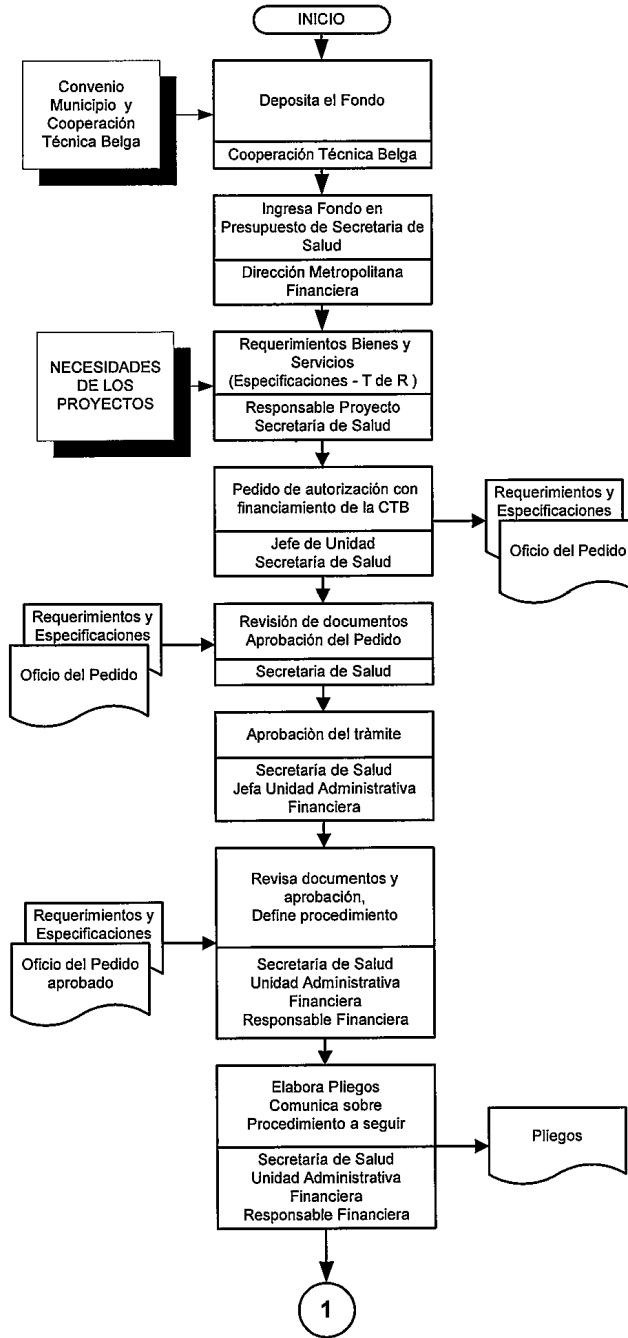
REQUERIMIENTOS:

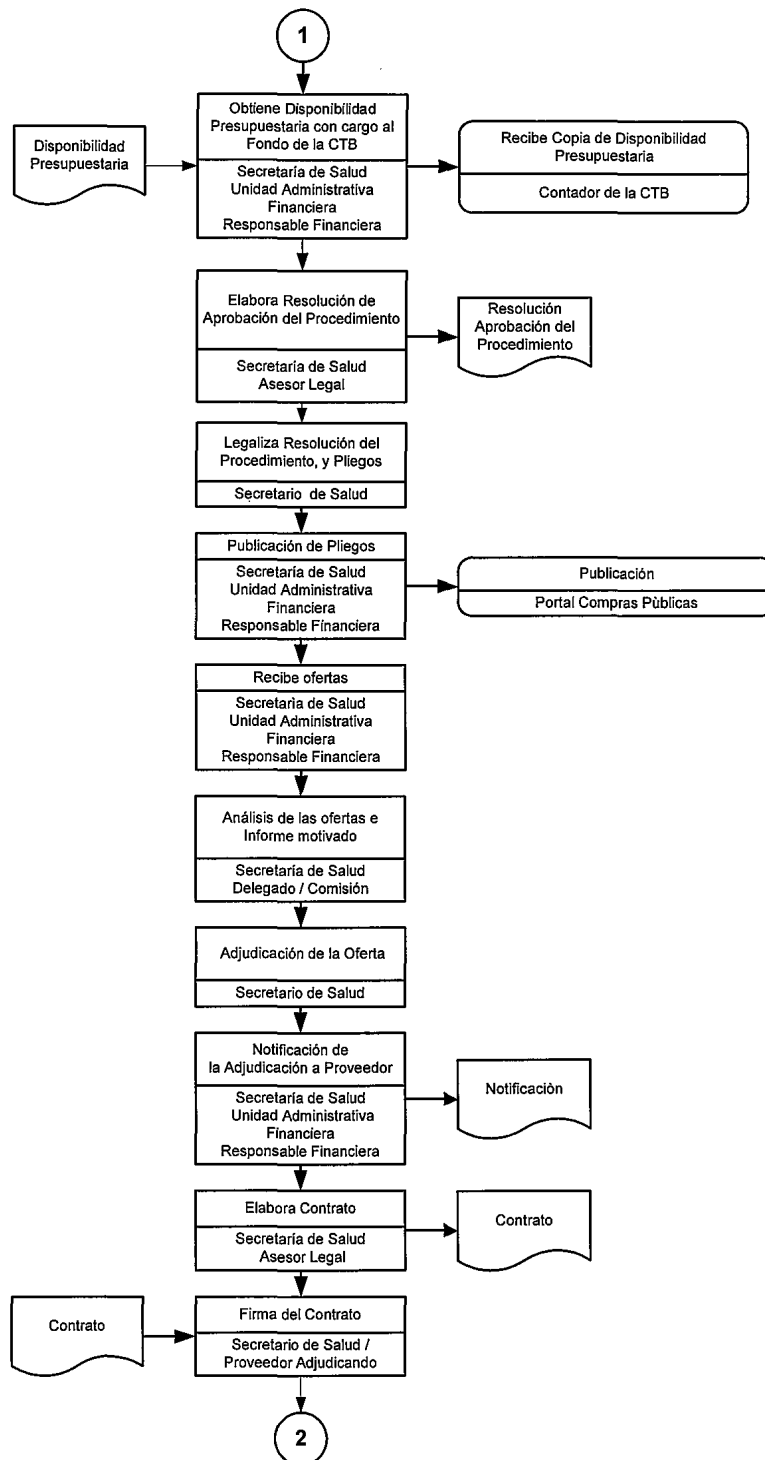
Convenio
Reglamento de funcionamiento del Fondo
Formularios
Procedimiento

VPS: 12-03-2011

SECRETARIA DE SALUD

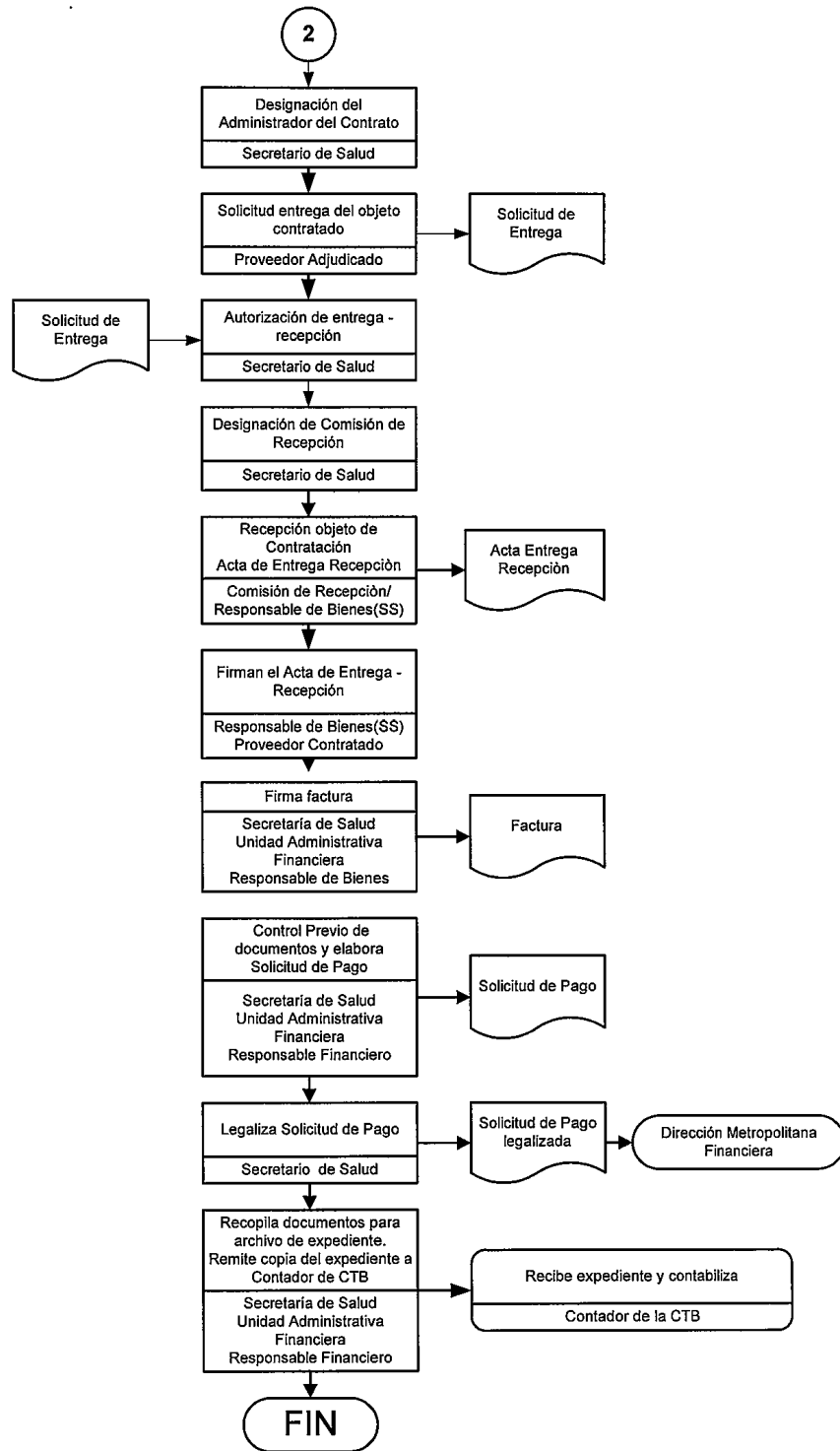
Macro proceso: Financiamiento de la Cooperación Técnica Belga
 Proceso: Uso del Fondo de la CTB
 Monto: \$ 1'000.000 Euros





*14

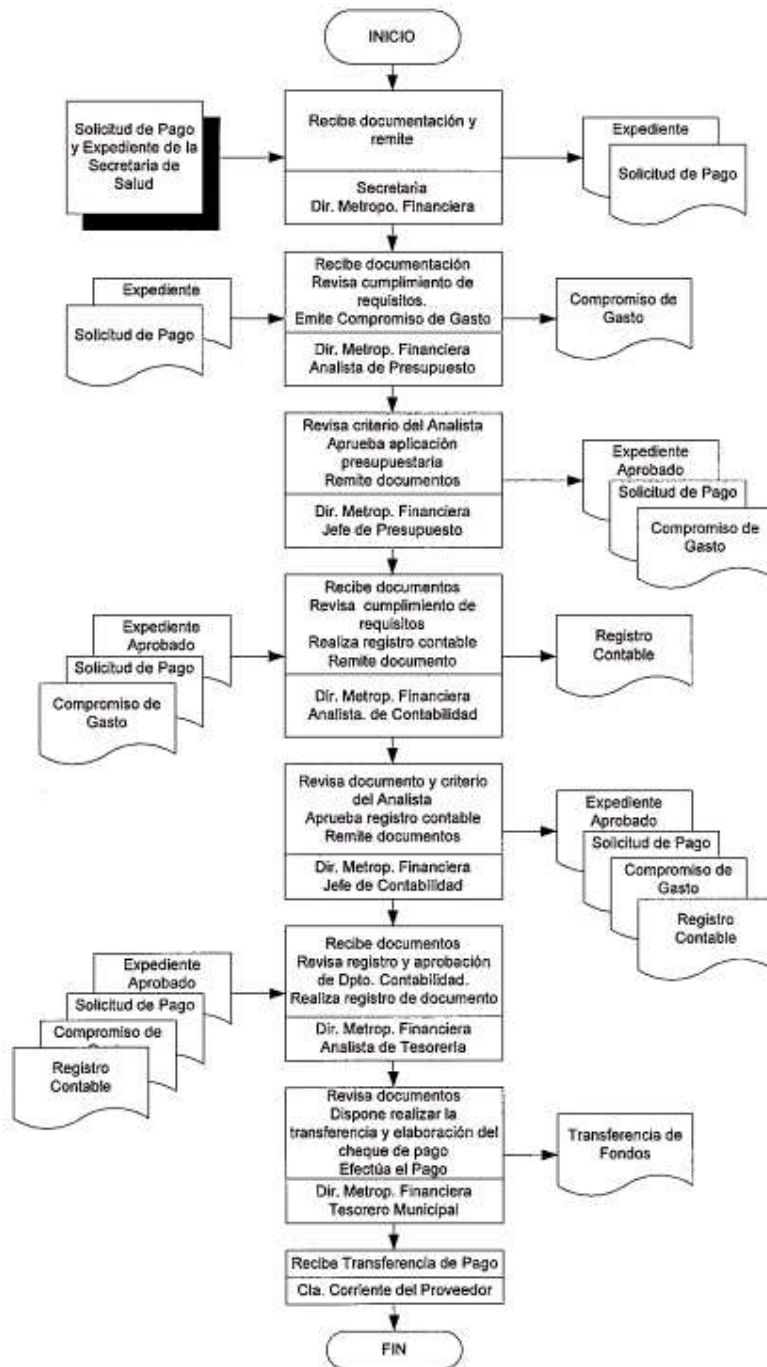
¹⁴ Las no objeciones de la CTB se darán antes de la publicación de los pliegos y antes de la adjudicación como se indica en los numerales 5.3 Gestión Financiera, págs. 36; 5.5 Gestión de Recursos pág. 38; 5.6.2



VPS: 11- 03 -2001

DEPENDENCIA:
PROCESO:

DIRECCIÓN METROPOLITANA FINANCIERA
TRAMITE PAGO CON FONDOS DE LA CTB



* 15

¹⁵ Antes de la legalización de la solicitud de pago la CTB dará su No Objeción, tal como consta en el numeral 5.5 Gestión de los Recursos, pág. 38.

8 Referencias Bibliográficas

- ❖ Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de población por cantones y parroquias según grupos programáticos. Quito, junio del 2010.
- ❖ Organización Panamericana de la Salud. Empleando datos para la Evaluación de Programas de Salud de la niñez. Evaluación breve de programas. 2010.
- ❖ Secretaría de Seguridad y Gobernabilidad del Municipio Metropolitano de Quito. Evaluación de los Aspectos Estructurales y Comportamiento Sismo Resistente de la Unidad Municipal de Salud del Sur. Quito. Octubre del 2010.
- ❖ Secretaría Metropolitana de Salud. Dirección de Infraestructura y Equipamiento. Plan Médico Funcional para la construcción de la nueva Unidad Municipal de Salud del Sur. Quito, febrero del 2011
- ❖ Cooperación Técnica Belga, Informe de Evaluación Final del Proyecto “Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos de los y las Adolescentes –ECUADOR ADOLESCENTE-“, Quito – Ecuador, mayo del 2008.
- ❖ Cooperación Técnica Belga, Informe de Evaluación Final del Proyecto “Fortalecimiento de los Servicios Públicos de Atención de Salud en el Distrito Metropolitano de Quito -SALUD DE ALTURA-“, Quito – Ecuador, junio del 2007.
- ❖ Cooperación Técnica Belga. Acta del Comité de Participación de Socios entre Ecuador y el Reino de Bélgica –COPASOC-, Quito – Ecuador, septiembre del 2010.
- ❖ MANUAL DE CLASIFICACIÓN DE PUESTOS. Instructivo para la Aplicación del a Carrera Administrativa Municipal, Distrito Metropolitano de Quito, marzo 2004.
- ❖ Ministerio Coordinador de Patrimonio. Lineamientos para la construcción de políticas públicas interculturales. Quito, junio del 2009.
- ❖ Ministerio de Salud Pública. Indicadores básicos de salud Ecuador 2009.
- ❖ MSP (2008): Plan Nacional de Reducción Acelerada de Mortalidad Materna y Neonatal. Proceso de Normatización del SNS. MSP, CONASA
- ❖ MSP e INEC (2007): Indicadores básicos de salud, sistema común de indicadores.
- ❖ National Center for Health Statistics, Fertilidad, planificación de la familia y salud reproductiva de las mujeres de estadounidenses: datos de la National Survey Of
- ❖ ONU (2004) Informe del Secretario General: “Papel de los hombres y los niños en el logro de la igualdad de género”. E/CN.6/2004/9. Nueva York.
- ❖ ORAS (Organismo Regional Andino de Salud, 2008): El Embarazo en adolescentes en la Subregión Andina. Plan Andino de Prevención de embarazo en la Adolescencia, Línea estratégica 1: Diagnostico e Información. Convenio Hipólito Unanue.

- ❖ Organización Mundial de la Salud (2005) Informe sobre la salud en el mundo: ¡Cada madre y cada niño contarán! Ginebra.
- ❖ Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador 2008. MSP
- ❖ Sedgh G et al., Induced abortion: estimated rates and trends worldwide, Lancet, 2007, 370(9595):1338–1345.
- ❖ PNUD Ecuador (2010): Objetivos de Desarrollo del Milenio. Consultado en: <http://www.pnud.org.ec/odm/index.htm>
- ❖ Singh S et al., Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress, New York: Guttmacher Institute, 2009.
- ❖ Singh, S. y cols. (2003): Adding it up: the benefits of investing in sexual and reproductive health care. Pp 16 – 21. The Alan Guttmacher Institute. Nueva York
- ❖ Winikoff B; Sullivan, M. (1987) «Assessing the role of family planning in reducing maternal mortality”, Studies in Family Planning