

DOCUMENTO TÉCNICO FINANCIERO

**PROGRAMA DE APOYO A LA GESTIÓN LOCAL DE LOS
SERVICIOS DE SALUD, AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO**

ECUADOR

**CÓDIGO DGCD: NN 3004413
CÓDIGO NAVISION: ECU 07 024 11**



ÍNDICE

ÍNDICE	2
FICHA TÉCNICA DE LA INTERVENCIÓN	4
ABREVIACIONES	5
RESUMEN EJECUTIVO	7
1. ANÁLISIS DE SITUACION	12
1.1 Análisis de situación de salud del Ecuador	12
1.2 Análisis de la situación de salud y problemas de los servicios de salud en el Ecuador y en las áreas de intervención del Programa	15
1.3 Análisis de la situación del agua y saneamiento	21
2. ORIENTACIONES ESTRATEGICAS	24
2.1 Estrategia de intervención del programa	24
2.2 Beneficiarios	25
2.3 Localización del programa	26
2.4 Relación sector salud y sector agua.....	27
2.5 Pertinencia del Programa	27
2.6 Ejes estratégicos del Programa	29
2.7 Sinergia con el Programa de Desarrollo Rural	29
3. PLANIFICACION OPERACIONAL	30
3.1 Objetivo General.....	31
3.2 Objetivo Específico de Salud	31
3.3 Objetivo Específico de Agua Potable y Saneamiento	47
3.4 Los organismos socios en el Programa	53
3.5 Visión a largo plazo/ valor agregado del programa	54
3.6 Condiciones previas	54
3.7 Compromisos Nacionales	55
3.8 Perdurabilidad (viabilidad y sostenibilidad) del Programa.....	55
3.9 Riesgos	57
3.10 Marco Institucional del Programa.....	60
3.11 Cronograma de ejecución del Programa	67
4. RECURSOS NECESARIOS	70
4.1 Recursos humanos	70
4.2 Recursos materiales y equipamiento	73
4.3 Recursos financieros	74
5. MODALIDADES DE EJECUCION	79
5.1 Marco legal y responsabilidades administrativas.....	79
5.2 Estructuras de ejecución y gestión del programa	79
5.3 Gestión Financiera	85
5.4 Seguimiento y modalidades de informacion.....	89

5.5	otorgamiento de mercados publicos.....	90
5.6	Gestion de recursos humanos	91
5.7	Evaluación y Auditoria	92
5.8	Comunicación externa e interna.....	94
5.9	Fin del Programa	94
5.10	Aprobación de las Adaptaciones del DTF.....	95
6.	TEMAS TRANSVERSALES	96
6.1	Género	96
6.2	Derechos de los niños.....	96
6.3	Interculturalidad.....	96
6.4	Intersectorialidad	97
7.	ANEXOS	98
7.1	Lineamientos Estratégicos del Ministerio de Salud Publica.....	Error! Bookmark not defined.
7.2	Presentación de la Agenda Social del MSP.....	Error! Bookmark not defined.
7.3	POA Esmeraldas 2008.....	99
7.4	Detalle general del Presupuesto del Programa.....	103
7.5	Base de Calculo.....	107
7.6	Marco lógico del Programa	115
7.7	Cronograma de ejecución del Programa	118
7.8	Detalles del presupuesto total, bases de calcul.....	Error! Bookmark not defined.
7.9	Términos de Referencia para el personal.....	120
7.10	Funciones de la estructura nacional del Ministerio Salud Pública.....	124
7.11	Proyecto de la Nueva Constitución	Error! Bookmark not defined.
7.12	Referencias bibliográficas	127

FICHA TÉCNICA DE LA INTERVENCIÓN

Titulo de la prestación	Programa de Apoyo a la Gestión Local de los Servicios de Salud, Agua Potable y Saneamiento
País Socio	Ecuador
Numero nacional DGD	3004413
Código Navision CTB	ECU0702401
Institución Socia	Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda, Gobiernos Locales representados por la Asociación de Municipalidades Ecuatorianas (AME) y el Consorcio de Consejos Provinciales (CONCOPE)
Duración de la intervención	48 meses
Contribución del país socio	Es parte de un programa de cooperación más amplio
Contribución belga	14'000 000 EUR
Fecha de arranque	
Código sectorial	14030
Objetivo general	Contribuir al bienestar de la población en las provincias del norte del país a través del mejoramiento del acceso a servicios básicos de salud, agua y saneamiento en las provincias de Carchi, Imbabura, Esmeraldas, Manabí y dos cantones del norte de la provincia de Pichincha (Cayambe y Pedro Moncayo)
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar el acceso de la población a una atención de salud Integral y de calidad en las provincias de: Imbabura, Carchi, Manabí, Esmeraldas y Norte de Pichincha. 2. “Mejorar los servicios de agua potable y fortalecimiento de la gestión sanitaria en las áreas seleccionadas de las Provincias: Imbabura, Carchi, Manabí, Esmeraldas y Norte de Pichincha”
Resultados esperados	<p>Componente Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • R1: Se cuenta con un conjunto de políticas que garanticen el ejercicio del derecho a la salud integral. • R2: Modelo de gestión de salud y de servicios de salud definido e implementado en las áreas intervenidas, con involucramiento de los actores. • R3: Se cuenta con una propuesta de política de financiamiento y asignación de recursos financieros territorializada sostenible diseñada e implementada con criterios de equidad y funcionalidad. • R4: Se han mejorado la provisión de servicios de salud con calidad y articulación en las áreas intervenidas en las provincias seleccionadas. <p>Componente agua y saneamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • R 1: Sistematización del inventario y diagnóstico de sistemas de agua potable, saneamiento y recursos hídricos en las áreas seleccionadas • R2: Se cuenta con las normas, el control y la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano. • R3: Mejoramiento de la sostenibilidad de los sistemas de agua potable • R 4: Concientización a actores en los determinantes de la salud como el manejo del medio ambiente y conservación del recursos agua para una vida saludable.

ABREVIACIONES

ABP	Aprendizaje Basado en Problemas
AGECI	Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional
AJ	Asistente Júnior
AME	Asociación de los Municipios del Ecuador
APS	Atención Primaria de Salud
APSR	Atención Primaria de salud Renovada
ARDD3D	Apoyo a la reforma del Estado y Descentralización
AT	Asistente Técnico
ATF	Archivo Técnico Financiero
ATI	Asistente Técnico Internacional
ATN	Asistente Técnico Nacional
AUS	Aseguramiento Universal de Salud
CCA	Célula de Coordinación y Apoyo al Programa
CCNP	Comité de Coordinación Nacional del Programa
CCP	Comités de Coordinación Provincial del Programa
CONAMU	Consejo Nacional de las Mujeres
CONAJUPARE	Consejo Nacional de las Juntas Parroquiales del Ecuador
CONASA	Consejo Nacional de Salud
CONCOPE	Consortio de Consejos Provinciales del Ecuador
CP	Consejo Provinciales
CS	Centro de Salud
CTB	Cooperación Técnica Belga
CTL	Comité Técnico Local
DGCD	Dirección General de la Cooperación al Desarrollo
DGMSP	Dirección general del Ministerio de salud Publica
DPS	Dirección Provincial de Salud
DTF	Documento Técnico Financiero
EBAS	Equipos Básicos de Salud
ECU	Ecuador
ECV	Encuesta de Condiciones de Vida
EMC	Estructura Mixta de Concertación
ETN	Equipo Técnico Nacional
IA	Investigación Acción

IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
INEN	Instituto Nacional Ecuatoriano de Normalización
ISSFA/ISSPOL	Instituto de Seguridad social de las Fuerzas Armadas/de la Policía
JAAPS	Juntas de Administración de Aguas Potables
JASSA	Juntas de Agua, Saneamiento y Salud Ambiental
LMGYAI	Ley de Maternidad Gratuita y de Atención a la Infancia
LOSNS	Ley Orgánica del Sistema de Salud
MIDUVI	Ministerio del Desarrollo Urbano y Vivienda
MSP	Ministerio de Salud Pública
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PGE	Presupuesto General de la Salud
PIB	Producto Interior Bruto
PIC	Programa Indicativo de cooperación
POA	Planes Operacionales Anuales
PROAUS	Programa Nacional de Aseguramiento Universal en Salud
PROECOS	Programa de Extensión de Cobertura en Salud
PSS	Protección Social en Salud
SC	Seguro Campesino
SCS	Sub-Centros de Salud
SENPLADES	Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo
SEPSS	Subsecretaría de Extensión de Protección Social en Salud
SNEM	Servicio Nacional de Control de Vectores y Artrópodos
SOLCA	Sociedad de Lucha Contra el Cáncer
SYMAZ	Salud y Medio Ambiente esmeraldas
UCA	Unidad Conductora de Área
UO	Unidad Operativa

RESUMEN EJECUTIVO

El programa de apoyo a la gestión local de los servicios de salud, agua potable y saneamiento ambiental está inscrito en un marco de desarrollo humano sostenible que actuando sobre aspectos específicos permita la construcción de un capital humano saludable, se ha desarrollado con alta participación y consensos de las contrapartes Ministerios de Salud Pública, Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda, Asociación de Municipalidades Ecuatorianas y el Consorcio de Consejos Provinciales.

Se tomó en cuenta tres ejes fundamentales para la definición de los componentes del Programa; el enfoque de Atención primaria de salud renovada, la Extensión de la protección social de salud (como el aseguramiento en salud) y la Estructuración de sistemas de salud y de servicios de salud incluyente, de calidad, equitativa y solidaria. Estos enfoques forman parte de la Transformación del Sector Salud que el Gobierno Nacional está definiendo en estos meses a través del proyecto de la nueva constitución.

Durante la formulación se ha realizado un análisis detallado del contexto nacional y sectorial, del escenario político, económico y social que ha permitido identificar las situaciones problemáticas en salud, agua potable y saneamiento, y de este modo, diseñar los resultados y actividades específicas, las mismas que son coherentes con las políticas de salud actuales, los objetivos de desarrollo del milenio y la reducción de la pobreza.

Las orientaciones estratégicas están destinadas a proporcionar coherencia, unidad, dirección y viabilidad a los resultados esperados, a sus actividades del Programa se definen de forma separada para salud, agua potable y saneamiento.

En general son:

- a. La orientación pública en la política y en los servicios de salud, agua y saneamiento, significa centrarse en las necesidades y problemas de los/as ciudadanos, promoviendo de forma horizontal el ejercicio de derechos, inclusión, equidad y universalidad
- b. Democratizar la gestión de la salud y de los servicios de salud, agua potable y saneamiento con profesionalización, cooperación interinstitucional, participación y control de los usuarios, formación de alianzas con actores del sector público y privado que en función de la demanda, el contexto específico de intervención y la descentralización
- c. Alineamiento/armonización del programa a las políticas nacionales sectoriales de salud, de agua potable y saneamiento.
- d. Fortalecimiento de la institucionalidad existente, tanto al nivel nacional, intermedio y local para lo cual la asistencia técnica internacional-nacional en estrecha coordinación con la realidad de los territorios de intervención implementaran intervenciones combinadas de capacitación, coaching, investigación-acción, de seguimiento técnico entre otras para que sean estructuras organizacionales performantes, abiertas y flexibles para la producción de los resultados esperados.
- e. Articulación de las instituciones contraparte para el uso y manejo integrado de las diferentes fuentes de financiamiento en el corto, mediano y largo plazo y para la sustitución progresiva de los recursos del programa.
- f. Flexibilidad, participación y control social en la implementación y operacionalización de los resultados esperados del programa.

- g. Intercambiar experiencias bilaterales y multilaterales con otras experiencias nacionales e internacionales, permitiendo el desarrollo de acciones conjuntas, disseminación de lecciones aprendidas y modelos ejemplares.
- h. Institucionalizar y extender las intervenciones desarrolladas por el programa a nivel nacional, que luego de la respectiva evaluación y auditoria hayan demostrado ser exitosas.
- i. Promoción de la cooperación interinstitucional e interagencial que permita ejes de trabajo que potencien, racionalicen y optimicen los recursos técnicos y financieros para el mejoramiento de la salud.
- j. Concentración geográfica e integración del componente de salud, del agua potable y saneamiento siempre que se justifique sobre la base de criterios técnicos para obtener un efecto potenciador y sinérgico.

Específicas para Salud:

- a. Fortalecimiento de la capacidad organizacional y técnica de los proveedores de servicios de salud para orientar su acción al logro del acceso efectivo con calidad a una atención integral e integrada familiar-comunitaria, que considera las particularidades y diversidad cultural de los territorios de intervención.
- b. Construcción de microrredes interinstitucionales de provisión de servicios de salud de base pública para reducir la fragmentación de los servicios de salud públicos y privados con finalidad social, con coordinación, colaboración y establecimiento de vínculos, de relaciones entre las personas, que sostienen y proveen de significado y sentido a esa variada y diversa institucionalidad¹, más allá de los niveles de organización de las instituciones,
- c. Profesionalización de equipos interinstitucionales para los diferentes niveles de gestión del sistema de salud y de servicios de salud que partiendo de una visión, valores y estrategias comunes construya competencias generales y especializadas generando un sistema de incentivos ligados a la calidad de atención.
- d. Desarrollo y aplicación de herramientas metodológicas y de intervenciones que puedan ser institucionalizadas a través de políticas y normas de alcance nacional.
- e. Fortalecimiento del trabajo de educación sanitaria y ambiental de los proveedores de servicios de salud.

Específicas para agua potable y saneamiento:

- a. Capitalizar las experiencias de los programas del MIDUVI financiado por la cooperación belga en las provincias de Carchi e Imbabura (APOSINO)
- b. Utilizar los fondos disponibles y limitados para obtener el máximo valor agregado, por esta razón, las inversiones estarán limitadas a intervenciones que tengan un impacto multiplicador,
- c. Apoyar un marco institucional de implementación del proyecto que permiten sinergias entre las instituciones encargadas de la implementación del programa y de otras instituciones que manejen temas asociados (por ejemplo manejo de cuencas).
- d. Focalizar las intervenciones en zonas rurales mediante la implementación de la estrategia de intervención y de los componentes del Programa Nacional de Agua y Saneamiento Rural diseñado por el MIDUVI.
- e. Capitalizar y multiplicar lecciones aprendidas al nivel nacional en cuanto a las experiencias adquiridas mediante talleres de capacitación y socialización de la información.

¹ Rovere 1994

En este marco se definen como **objetivo general**, “Contribuir al bienestar de la población en las provincias del norte del país a través del mejoramiento del acceso a servicios básicos de salud, agua y saneamiento en las provincias de Carchi, Imbabura, Esmeraldas, Manabí y dos cantones del norte la Pichincha”

El Programa propone dos líneas estratégicas, estas son la de salud y la del agua potable y saneamiento, se han establecido dos objetivos específicos uno por cada componente.

El objetivo específico de salud plantea “Mejorar el acceso de la población a una atención de salud Integral y de calidad en las provincias de: Imbabura, Carchi, Manabí, Esmeraldas y Norte de Pichincha”, para el logro de este objetivo se han definido los siguientes resultados:

1. Se cuenta con un conjunto de políticas que garanticen el ejercicio del derecho a la salud integral.
2. Modelo de gestión de salud y de servicios de salud definido e implementado en las áreas intervenidas, con involucramiento de los actores.
3. Se cuenta con una propuesta de política de financiamiento y asignación de recursos financieros territorializada sostenible diseñada e implementada con criterios de equidad y funcionalidad.
4. Se han mejorado la provisión de servicios de salud con calidad y articulación en las áreas intervenidas en las provincias seleccionadas.

El Objetivo específico del componente agua potable y saneamiento es “Mejorar los servicios de agua potable y fortalecimiento de la gestión sanitaria en las áreas seleccionadas de las provincias de: Imbabura, Carchi, Manabí, Esmeraldas y Norte de Pichincha”, se han establecido los siguientes resultados esperados.

1. Sistematización del inventario y diagnóstico de sistemas de agua potable, saneamiento y recursos hídricos en las áreas seleccionadas
2. Se cuenta con las normas, el control y la vigilancia de la calidad del agua
3. Mejoramiento de la sostenibilidad de los sistemas de agua potable
4. Concientización a actores en los determinantes de la salud como el manejo del medio ambiente y conservación del recurso agua para una vida saludable.

El presupuesto del programa es de 14'000.000 de Euros, se ha determinado que el mayor peso de las acciones del mismo, estará en el Objetivo Específico de salud para el logro de sus resultados y actividades, como se muestra a continuación.

No	Contenido	Monto en euros	%
1	Componente salud	8,407,140	60.1
2	Componente agua y saneamiento	2,200,000	15.7
3	Reserva presupuestaria	195,800	1.4
4	Medios generales	3,197,060	22.8
	Total	14,000,000	100

Las condiciones de éxito del programa son el alineamiento y fortalecimiento a las políticas públicas y a la institucionalidad nacional, intermedia y local existente, las definiciones y acciones concertadas, el fomento de la participación y control social, el fortalecimiento de la capacidad institucional, técnica y gerencial en los dos componentes.

El programa pretende lograr un consenso con diferentes actores dentro del área de salud y estará anclado principalmente al Ministerio de Salud a nivel de la Subsecretaría General y en las

Direcciones provinciales de salud a nivel provincial, quienes articularan con los otros actores contrapartes del programa.

MARCO CONCEPTUAL

Objetivo General

“Contribuir al bienestar de la población en las provincias del norte del país a través del mejoramiento del acceso a servicios básicos de salud, agua y saneamiento en las provincias de Carchi, Imbabura, Esmeraldas, Manabí y dos cantones del norte la Pichincha”

Objetivos Específicos:

1. “Mejorar el acceso de la población a una atención de salud Integral y de calidad en las provincias de: Imbabura, Carchi, Manabí, Esmeraldas y Norte de Pichincha”

2. “Mejorar los servicios de agua potable y fortalecimiento de la gestión sanitaria en las áreas seleccionadas de las provincias de: Imbabura, Carchi, Manabí, Esmeraldas y Norte de Pichincha”,

RESULTADOS ESPERADOS:

1.1 Se cuenta con un conjunto de políticas que garanticen el ejercicio del derecho a la salud integral.

1.2 Modelo de gestión de salud y de servicios de salud definido e implementado en las áreas intervenidas, con involucramiento de los actores.

1.3 Se cuenta con una propuesta de política de financiamiento y asignación de recursos financieros territorializada sostenible diseñada e implementada con criterios de equidad y funcionalidad.

1.4 Se han mejorado la provisión de servicios de salud con calidad y articulación en las áreas intervenidas en las provincias seleccionadas.

2.1 Se ha sistematizado el inventario y diagnóstico de los sistemas de agua potable, saneamiento y de los recursos hídricos en las áreas seleccionadas

2.2 Se cuenta con las normas, el control y la vigilancia de la calidad del agua

2.3 Se ha mejorado la sostenibilidad de los sistemas de agua de consumo humano y se ha fortalecido la gestión sanitaria en las áreas seleccionadas

2.4 Se ha concientizado a los actores en el rol de los determinantes de la salud como el medio ambiente y conservación del recurso agua en una vida saludable

1. ANÁLISIS DE SITUACION

1.1 ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL ECUADOR

1.1.1 Situación económica social

Desde hace 15 años los indicadores sociales del país se han deteriorado; el índice de desarrollo humano es de países de desarrollo medio (PNUD), en el reporte del 2007 es 0.772 y lo ubica en la posición 89 entre 177 países, con relación a 2006, ha caído 2 posiciones (2006- posición 87), lo cual es expresión del modelo de desarrollo económico y social ecuatoriano.

Según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos para el 2007, la población ecuatoriana es de 13.605.485 habitantes. De estos el 50,13% son hombres y el 49,87% mujeres, es una población mayoritariamente urbana -64,57%-, y la composición por grupos de edad el 41,54% es menor de 19 años; y el 9,12% corresponde al grupo de edad de entre 20 y 24 años, que expresa aún una población eminentemente joven, sin embargo la tendencia de envejecimiento es una de la más altas de Latinoamérica (CEPAL, 2005).

La última década (1995-2005) se puede caracterizar como perdida en reducción de la pobreza y de la desigualdad social. A nivel nacional se observa un incremento de la pobreza y la extrema pobreza en la segunda mitad de la década de los 90 (del 39% en 1995 al 52% en 1999), para luego tener una reducción del porcentaje de pobres durante la primera mitad del 2000 (38% en el 2006).

De acuerdo al INEC, la ECV² 2006, muestra que 12.86% de la población es indigente y el 38,28% es pobre, definida según consumo³; la pobreza e indigencia se acentúa en el sector rural, el 26,88% es indigente y el 61.54% es pobre. Los riesgos relacionados con la pobreza son menores niveles de escolaridad, parroquias con población mayoritariamente indígena o afroecuatoriana y familiares con hogares desestructurados y/o encabezados por mujeres⁴.

En cambio, si se toman como referencia los puntos de concentración de la pobreza, se puede apreciar la consolidación de una tendencia hacia la urbanización de la pobreza; de igual manera, en los deciles de ingreso menos favorecidos, se ha afianzado una descapitalización inquebrantable en capital humano, capital social y capital natural.

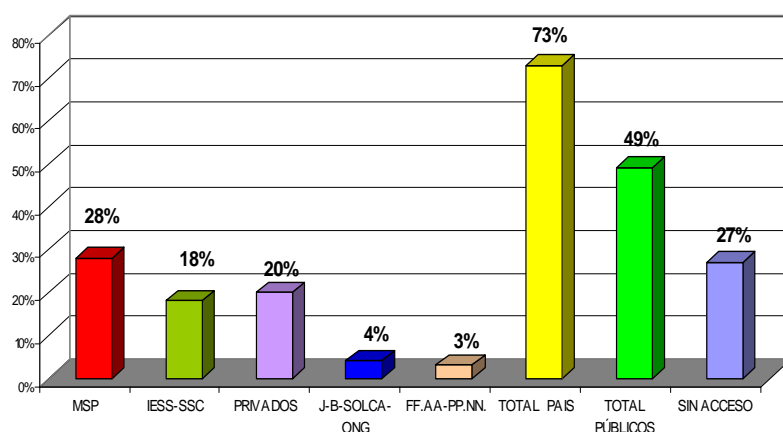
El Sistema Nacional de Salud ecuatoriano, está constituido por diversas instituciones públicas y privadas que tienen funciones similares y la cobertura estimada de sus servicios de salud indica que el 27% de la población no tiene cobertura de salud, con relación a los datos de 2000 (30%) ha habido una disminución del 3% de la población sin acceso, los porcentajes en el gráfico No 1.

² Encuesta de Condiciones de Vida del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Año 2006.

³ Extrema pobreza o indigencia: aquellos hogares cuyo consumo no alcanza ni siquiera para cubrir los requerimientos nutricionales mínimos, 2.236 kilocalorías diarias. INEC.

⁴ Plan de desarrollo 2007-2010. SEMPLADES. 2007

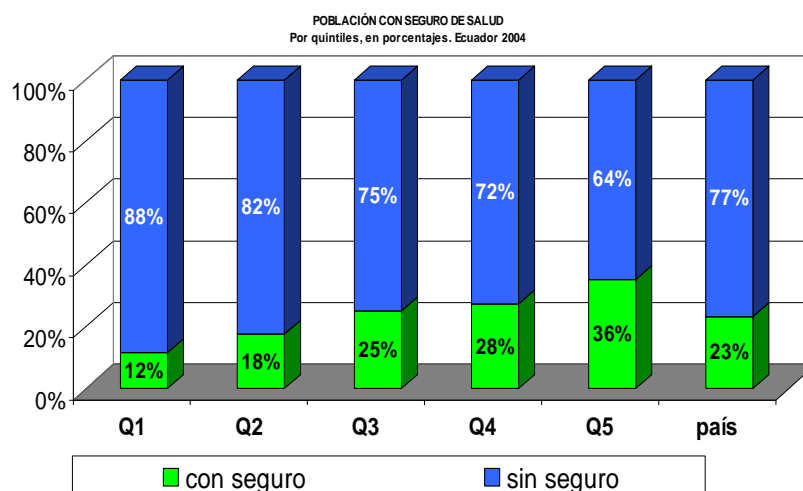
Grafico No 1
Cobertura de atención de salud Ecuador 2006



FUENTE: OPS, Salud de las Américas 2007.

El 19% del IESS se subdivide en seguro general el 10% y el SSC 9%. La población con seguro de salud (sea público o privado) es aproximadamente 25%⁵, las diferencias por quintiles de ingreso se muestra en el gráfico No 2.

Grafico No 2
Población Con Seguros de Salud 2004



Fuente: ECV. 2005

En el 2005, existían 3.912 establecimientos de salud en el Ecuador, de ellos 743 (19%) son con internación y 3.169 (81%) sin internación. Al sector público (MSP, IESS, SSC, Ministerio de Defensa, Policía, gobiernos seccionales) le corresponden 80,1% (3.136), al sector privado con fines de lucro 13,5% y a los sin fines de lucro el 6,4%. Sin embargo, se debe destacar que de los 743 establecimientos con internación el 70,4% están en el sector privado con fines de lucro y solamente el 26% en el sector público⁶.

La disponibilidad de camas en Ecuador es de 1,7 camas por 1.000 habitantes, se encuentra por debajo del promedio latinoamericano que es de 2,5. Además, existe una disponibilidad de 1,45

⁵ ECV 2006. INEC 2007

⁶ Fuente: INEC, Anuario de recurso y Actividades en Salud 2005. www.inec.gov.ec.

médicos, 0,50 enfermeras y 1,05 auxiliares de enfermería por cada 1.000 habitantes; sin embargo, el sector privado tiene una disponibilidad de 3,16 médicos, en el SC de 0.05 médicos por cada 1.000 habitantes; sobre el promedio nacional se encuentra el conjunto de instituciones de beneficencia (1,95) y el IESS (1,57); el MSP se encuentra un 14,0% bajo el promedio⁷.

Los datos anteriormente descritos evidencian un sector segmentado con un notable grado de descoordinación funcional en su accionar y que implican con grandes desigualdades.

Financiamiento de la salud.⁸

El gasto en salud en el Ecuador en el año 2002 representó el 4,8% del PIB, muy debajo del promedio de los países latinoamericanos que registran en promedio un gasto equivalente al 7,9% del PIB. El componente público del gasto en salud (incluidos MSP, IESS y SSC) tiene niveles bajos, representando 51.3% del gasto total en salud.

En 2003, los recursos públicos destinados al sector alcanzaron los US \$ 507,12 millones, que representan 1,9% del PIB y 6,7% del presupuesto general del Estado de ese año; lo que significa que el Estado ecuatoriano destina al sector US \$ 40 por habitante por año (de los cuales casi \$26 provienen del MSP, US \$13 del IESS y solo US \$1 del SSC). Los gastos directos de los hogares (31,4%), aproximadamente 68% del gasto privado en salud en 1997 y en 2003 se estiman en 55%⁹.

Las entidades del sector salud público han operado sobre la base de un presupuesto estatal histórico (transferencias o subsidios a la oferta) no atado a resultados de gestión, lo que ha creado incentivos perversos. Los correctivos en las asignaciones presupuestarias son centralizados y retrospectivos, sin instrumentos de control de costos, los proveedores no relacionan el presupuesto con los niveles de gestión ni con sus resultados lo que incrementa la inercia y amplía sus efectos negativos.

La rígida estructura administrativa impide dinamizar los procesos de gestión de recursos, en muchas ocasiones, los recursos se asignan en forma sesgada hacia las instituciones de mayor tamaño (en el nivel terciario) en detrimento de los servicios de primer nivel, el análisis geográfico confirma que las asignaciones presupuestarias se canalizan principalmente hacia las regiones y provincias de mayor tamaño, lo que no necesariamente responde a los requerimientos de la demanda que se pueden deducir de los índices de pobreza.

Otro problema en la gestión del sector salud es la variedad de fuentes de financiamiento, así como la imprecisión de la población a la que se destinan. Existen fondos que provienen del Presupuesto General del Estado, de autogestión en las unidades de salud¹⁰, de la Ley de Maternidad Gratuita y de organismos internacionales. Dado que las unidades de salud deben atender a todos los usuarios que acuden y que no existe un mecanismo de selección de los mismos, en muchos casos, el financiamiento público no está siendo utilizado en subsidiar y proporcionar gratuidad a las familias ubicadas realmente en los quintiles de pobreza.

A pesar de que el financiamiento público de la salud se ha incrementado (Grafico No 1), existen problemas en la asignación por la falta de criterios. En 2006, el Ministerio de Economía transfirió 332,4 millones de dólares al sector salud, de un presupuesto asignado total de 558 millones de dólares. Es decir, se transfirió solo el 58% de los recursos asignados en el

⁷Fuente: SIISE 3.0 2005 Secretaría Técnica.

⁸ Fuente: Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2010. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, agosto 2007.

⁹ Cuentas satélites de salud 2003. INEC. 2007

¹⁰ Autogestión se refiere a la recuperación e costos por parte de las unidades de salud del sector público.

Presupuesto General del Estado (PGE) de aquel año para el sector, de los cuales, se transfirió el 84% de los gastos corrientes y apenas el 0,2% de los gastos de inversión¹¹, datos que revelan, por una parte la baja capacidad de gestión y, por otra, la lentitud en la transferencia de recursos.

Además, en el transcurso del 2006 se realizaron modificaciones al alza del presupuesto del sector salud para rubros relacionados con gastos en personal, obras públicas, adquisiciones de bienes de larga duración y de recursos para transferencias para inversión, reasignaciones que posteriormente no fueron transferidas durante el año fiscal; y la ejecución anual del presupuesto transferido también es baja (alrededor del 80%) lo que configura una situación de baja calidad del gasto.

En 2007, el Gobierno del Presidente Correa aumenta el 2% del presupuesto al sector salud (MSP) y se decreta una emergencia que incrementa en 58 millones de dólares el presupuesto de 2007.

Las perspectivas de financiamiento público es integrar los recursos, que por medio de pre-asignaciones se están entregando en la actualidad, al presupuesto del MSP y a la vez, incrementar su volumen progresivamente, en el marco de la política de desarrollo social del país.

Por otra parte, en la actualidad, se está considerando incluir como un mandato constitucional un incremento definido del presupuesto público, lo que significa un gran trabajo y desafío para que paralelo al incremento del presupuesto público se mejore la calidad del gasto.

1.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y PROBLEMAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ECUADOR Y EN LAS ÁREAS DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA

Las características poblacionales de la Región Noroeste de la Frontera Ecuatoriana, muestran la confluencia de una rica diversidad natural, poblacional y ecológica mermada por condiciones de desigualdad (pobreza) y de inequidad y exclusión para diferentes grupos sociales.

La Región a intervenir tiene varias nacionalidades indígenas y afroecuatorianas, Esmeraldas es la que mayor población afroecuatoriana presenta seguida por Imbabura y Carchi. La población indígena presente en Imbabura (40%), Pichincha (10%), Esmeraldas y Manabí. Las pirámides poblacionales muestran poblaciones eminentemente jóvenes, aún cuando empiezan a estrecharse en sus bases y ensanchar sus vértices. No obstante, se resalta el hecho de que los jóvenes están en un porcentaje entre 26-30% y los grupos de edad de más de 65 años corresponden a un 7%.

La región tiene una población rural importante, con excepción de las capitales de la provincia y ciudades principales que son más urbanas. Las zonas rurales tienen mayor carencia para potenciar recursos para la vida. En las áreas de intervención, Carchi con el 54,6% es la provincia con mayores niveles de pobreza por consumo, luego Manabí con 53,2%, Esmeraldas con 49,7%, Imbabura con 43,7% y Pichincha con 22,4%; y si se toma como indicador trazador el de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI, la provincia de Esmeraldas con el 64,2% es la provincia con mayores niveles de pobreza por NBI, le sigue Manabí con 62,7%, Carchi con 45,9%, Imbabura con 38,9% y Pichincha 20,6%.

¹¹ Los gastos de inversión se refieren a proyectos específicos de inversión propuestos y a ser ejecutados por las entidades públicas luego de ser aprobados en el Presupuesto por el Congreso Nacional. Al contrario, los gastos corrientes se refieren a gastos regulares de funcionamiento de las entidades públicas.

Perfil Epidemiológico¹², se caracteriza por una tasa Global de Fecundidad (promedio de nacidos vivos durante el periodo reproductivo) para el país es de 3,27; particularizando la tasa para la zona de intervención del programa, Esmeraldas tiene es la más alta con 3,92 (promedio de nacidos vivos); para Manabí 3,56; Imbabura 3,43; Pichincha 2,94 y Carchi 2,90.

La tasa de mortalidad general por 100.000 habitantes para el país es de 43, siendo para Imbabura la más alta de la zona de intervención con 53; Carchi 46,6; Manabí 43,1, Pichincha 39,9 y Esmeraldas 36,2.

Principales causas de muerte: Las cinco primeras causas de muerte para el total del País son: enfermedades cerebro vasculares con una tasa de 23,1 x 100.000 habitantes; le sigue las enfermedades hipertensivas (Tasa de 21,5); diabetes mellitus (21,2); influenza y neumonía (20,9) y enfermedades isquémicas del corazón (19,0). En Carchi las enfermedades cerebro-vasculares son la 1era causa de muerte, en la Provincia de Esmeraldas, en cambio, es la muerte son agresiones – homicidios; en Imbabura son las enfermedades isquémicas del corazón, en Manabí son las enfermedades hipertensivas y finalmente Pichincha son las enfermedades cerebro-vasculares.

La tasa de mortalidad infantil se mantuvo estable durante el período 1994-2004 (30 por mil nacidos vivos), después de un período de rápida reducción observada en la década anterior 1980- 1990; en cuanto a la mortalidad materna, si bien en términos generales hay una tendencia descendente desde 1971 al 2004, sin embargo en los años 2004 a 2006, la veeduría social registra 169 muertes debidas a la demora en reconocer y buscar atención a las emergencias obstétricas (1era y 2da demora), existiendo además un decremento de la atención profesional del parto¹³.

La Morbilidad, en relación, a las principales enfermedades de notificación obligatoria reportados al MSP, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas son las más frecuentes, le sigue la hipertensión arterial como la primera del grupo de las enfermedades crónicas no transmisibles; en las provincias de la región costa, las enfermedades transmitidas por vectores (malaria) es la primera causa para Esmeraldas y el dengue para Manabí.

Tabla No 1
Perfil de morbilidad 2006

Enfermedad / N° de casos	País	Carchi	Imbabura	Pichincha	Esmeraldas	Manabí
Infecciones respiratorias aguda	1'106.150	17.319	34.756	138.929	49.662	176.132
Enfermedades diarreicas	138.238	4.840	13.192	42.518	17.473	48.386
Hipertensión Arterial	43.045	638	1.178	5.999	2.809	8.946
Malaria	16.484			1.623	4.644	1.243
Dengue	6.562		5	247	170	2.243
Depresión	6.107	171	209	1.589	172	309

Fuente: INEC 2007

¹² Fuentes: ENDEMAIN 2004, CEPAR; Indicadores Básicos de Salud, Ecuador 2006, MSP, INEC, OPS, UNFPA, UNIFEM y UNICEF.

¹³ Informe Nacional de la Primera Fase del III Congreso por la Salud y la Vida, seguimiento de la agenda política en salud 2004 - 2006. Cuenca 2007.

Las Coberturas; la cobertura del control prenatal, atención a la Salud Materna, es un trazador de la cobertura preventiva de los servicios de salud, a nivel nacional es del 84,2%; en Esmeraldas es la más baja con 79,4%; Imbabura 79,9%, Pichincha 85%, Manabí 87,8% y Carchi 93,8%; y el parto institucional es de alrededor del 74,7%; en la zona de intervención del programa, se encuentra que Esmeraldas es la más baja (51,1%); seguida de Imbabura (55,7%), Pichincha (69,2%); Carchi (75,4%) y Manabí (81,5%). En cuanto a las coberturas de Vacunación en menores de un año, en la zona de intervención son tan altas como las nacionales, excepto en Manabí en donde se evidencia porcentajes de cobertura más bajas que el resto de provincias de intervención del Programa.

Tabla No 2
Prestadores de salud en Ecuador en Provincias a ser intervenidas

	MANABÍ		CARCHI		IMBABURA		ESMERALDAS	
	HOSP.	AMB.	HOSP.	AMB.	HOSP.	AMB.	HOSP.	AMB.
Ministerio de Salud	9	166	3	53	4	53	6	89
Fuerzas Armadas	1	1	0	1	0	1	0	4
Ministerio de Gobierno	0	5	0	1	0	1	0	2
Otros Ministerios	0		0	46	0	0	0	0
SOLCA	1	1	0	0	0	0	1	0
Cruz Roja	0	6	0	1	0	0	0	2
Municipio	0	3	0	1	1	1	0	0
Instituto de Seguridad Social	1	7	0	3	1	15	1	1
Seguro Social Campesino	0	77	0	16	0	24	0	31
Privados con y sin fines de lucro	25	13	0	13	0	17	26	15

Fuente: Directorio de establecimientos nacionales 2004; Elaboración: los autores

La oferta de servicios de salud en la zona de intervención evidencia la variedad de proveedores que prestan sus servicios sin coordinación, es decir, una alta fragmentación de los prestadores de servicios de salud, al interior de los mismos la situación es igual.

De lo anterior, se evidencia un conjunto de **situaciones problemáticas** relacionadas con la gestión del sistema de salud, de los servicios de salud y de los procesos de atención de salud, no sólo al nivel nacional sino a nivel provincial y cantonal.

Es necesario considerar que en la zona de intervención, el perfil demográfico de transición y el perfil de salud muestra un mosaico en el que coexisten enfermedades del atraso (infecciosas y tropicales), relacionados con la pobreza, la falta de infraestructura básica y deficientes condiciones de vida; y las enfermedades de la modernidad como las crónico degenerativas, cerebro-vasculares, isquemias del corazón, cáncer, diabetes mellitus ligadas a hábitos alimentarios y estilos de vida (sedentarismo) y las enfermedades y muertes “sociales” por violencia (accidentes de tránsito, violencia intrafamiliar y lesiones auto infringidas), que determinan que las respuestas a esta situación de parte del sistema de salud y de su subsistema deservicios de salud deban ser pertinentes, de calidad y que incorporen intervenciones relacionadas con sus determinantes como el agua potable, saneamiento.

En este sentido, la **Segmentación**¹⁴ del sistema de salud es una de las barreras a resolver, las instituciones públicas como el MSP, el IESS, el Seguro Campesino, los municipios, consejos provinciales y otras instituciones del sector privado sin fines de lucro como la iglesia, SOLCA, la Junta de Beneficencia de Guayaquil, etc., deben construir mecanismos de articulación funcional que permita optimizar recursos y potenciar los esfuerzos para implementar intervenciones intersectoriales hacia los determinantes de la salud y hacia los servicios de salud, capaces de romper la segmentación, como la conformación, consolidación de los consejos de salud a nivel nacional, provincial y cantonal entre otras.

Las consecuencias de la segmentación se expresan en que:

- a. El ejercicio de la rectoría del MSP no es evidente en las otras instituciones públicas, ni en las privadas; y a veces ni en sus propias dependencias (Direcciones Provinciales de salud) ni en sus propias unidades de salud. Implica que el modelo de gestión a nivel macro del sistema de salud es un desafío en el futuro.
- b. No existe un modelo único coordinado de gestión macro (sistema de salud) ni de servicios de salud, ni de gestión clínica; se rigen por principios distintos, que provoca una competencia innecesaria entre las unidades de salud públicas y las sin fines de lucro lo que ha llevado a conductas casi comerciales y alejadas de la demanda real de atención.
- c. No existe optimización de recursos financieros ni criterios para la distribución de los mismos con altos costos administrativos, duplicación de funciones, mapas sanitarios con vacíos, con superposición de cobertura y sistemas de información paralelos que no permiten una gestión de salud territorial sin criterios técnicos en la asignación de los recursos públicos.

La gran fragmentación de los servicios de salud públicos (el MSP, IESS, SSC, Municipios, FFAA, etc.) y privados, en particular entre el primer nivel de atención y de igual forma, en la atención hospitalaria, produce servicios de salud inadecuados, aislados, sin coordinación, con reglas propias, recursos desarticulados y con escasa adecuación a los problemas y necesidades de los grupos de edad, de sexo y de la diversidad cultural; esta característica nacional se reproduce en las zonas de intervención.

Esta situación se traduce en otros problemas particularmente visibles en el ámbito de la provisión de salud como:

✓ Desintegración y diversas formas administrativas de los programas de control de enfermedades y de otros programas de salud

La presión que los programas de salud no integrados horizontalmente a nivel administrativo imponen a los responsables del primer nivel de atención, a participar solo en las actividades de estos programas que se basan en el “manejo por objetivos”, tal gestión, junto con la infra-dotación de las actividades no ligadas a estos programas, distorsiona el equilibrio de la asistencia sanitaria integral en los servicios de primer nivel de atención; lo que dificulta la integralidad e integración de la atención de salud y sobre todo la adaptación a las necesidades *individuales* del paciente, de la familia y la comunidad, a su diversidad cultural y a su participación activa.

✓ Fragmentación entre niveles de atención

Este tipo de fragmentación entre hospitales y primer nivel de atención se traduce, entre otros, por:

¹⁴ La segmentación se define por la existencia de instituciones que apuntan a los mismos objetivos y/o funciones y proporcionan diferentes servicios de salud para poblaciones en unos casos cerradas y otras abiertas que a veces están en competición y sin colaboración.

- Una falta de continuidad del paciente referido por el SC al hospital y una débil accesibilidad hospitalaria a los pacientes referidos.
- A su vez, como la gente conoce que los pacientes mas graves no encuentran una solución útil en el primer nivel, es una causa de reducción de la utilización de la atención en los SC.
- Una ineficiencia de la atención, ligada a la competencia por los mismos pacientes entre niveles (se ha comprobado que el costo del tratamiento de la misma diarrea con los mismos resultados aumenta con el nivel de complejidad del ente de salud).
- Una ausencia de apoyo del hospital al nivel de atención (no sirve de lugar de pasantillas para el médico generalista, los especialistas no evalúan la calidad de la medicina mediante análisis de casos referidos, su laboratorio no juegue ningún papel en la salud pública, etc.).

La fragmentación y segmentación se agravan por:

- **La insuficiencia de talentos humanos** en el MSP y en otras instituciones públicas en la gestión macro, de servicios de salud, especialmente en el primer nivel de atención y en la gestión clínica de los procesos de atención hace que los establecimientos de salud públicos no sean los proveedores más importante ni preferidos de los usuarios y que su calidad y calidez no sea la más apropiada.
- **La infraestructura sin uso**, así como el hecho de que la insuficiente capacidad resolutoria del primer nivel de atención congestiona la atención en los hospitales.

Si se añade a los problemas mencionados el aún insuficiente **financiamiento, calidad del gasto y la baja cobertura de seguros de salud**, se configura una situación poco favorable para el **acceso efectivo a servicios de salud y a seguridad financiera de los hogares**, especialmente de los hogares más pobres, aumentando su riesgo de exclusión social.

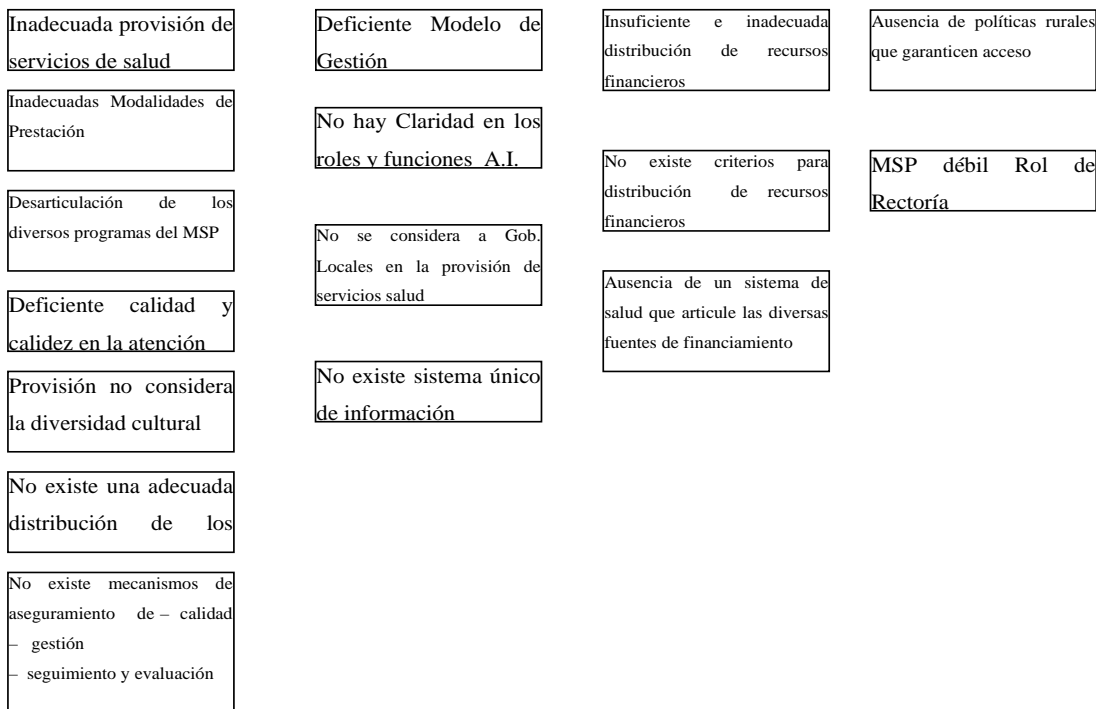
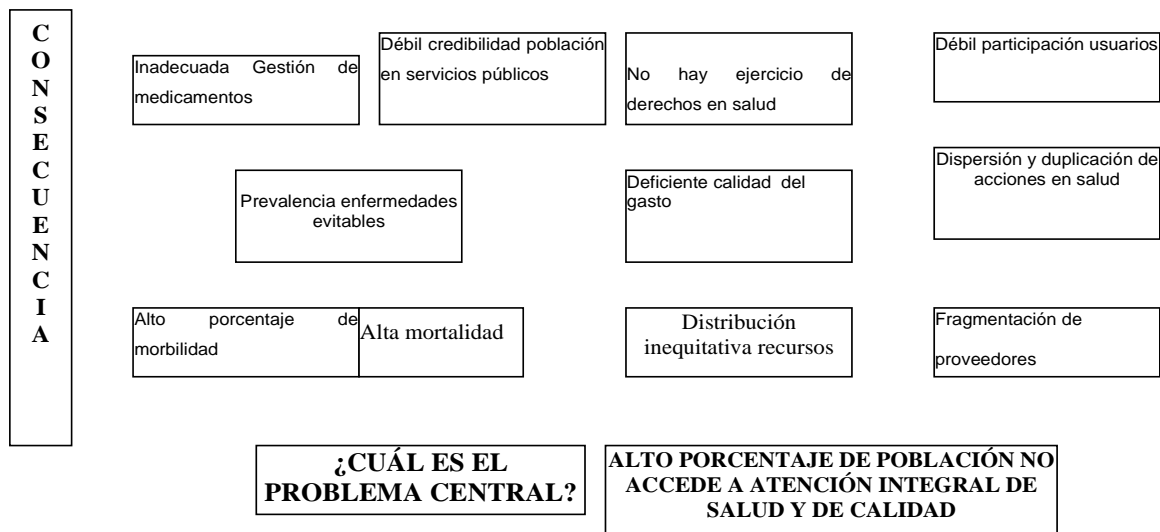
A nivel de las provincias y cantones de intervención la situación es similar que se expresa en¹⁵:

- ✓ Falta de coordinación interinstitucional en el nivel provincial y local que dificulta la optimización de los recursos humanos técnicos y financieros;
- ✓ Partidización en la designación del nivel directivo en la estructura del Ministerio de Salud en la provincia, tanto en la Dirección Provincial, Direcciones de los Hospitales y las Jefaturas de Áreas;
- ✓ Falta de empoderamiento del personal de salud dentro del MSP;
- ✓ Direcciones provinciales de salud que sienten que su rol como Autoridad Sanitaria en la Provincia, es muy débil, para cumplir los roles y funciones asignadas en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y de Autoridad Sanitaria; y,
- ✓ Capacidad de resolución centralizada y diluida en otros organismos del sector en relación a las enfermedades como malaria, dengue y VIH, lo que deviene en la dificultad de acceso a medicamentos en forma oportuna y de bajo costo para las personas afectadas por estas dolencias.
- ✓ Heterogeneidad en el grado de conformación, desarrollo y consolidación de los espacios de coordinación intersectorial, como los Consejos de Salud provinciales y cantonales en la Región
- ✓ Las políticas de salud que existen no hacen énfasis en las zonas rurales ni son adaptadas a las realidades particulares de los territorios.

¹⁵ Documento Fase I del Estudio Preparatorio del Programa. MSP, CTB, INECI, CARE, junio . 2005.

Lo anteriormente descrito explica y determina el Árbol de Problemas planteados y construidos en conjunto con las contrapartes MSP, AME, CONCOPE e para el componente de Salud del Programa.

Árbol de problemas salud



1.3 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DEL AGUA Y SANEAMIENTO

La situación de los servicios de agua potable y saneamiento en las zonas de intervención se caracteriza de la manera siguiente:

- a. CARCHI; En la Provincia de Carchi la cobertura de agua potable y saneamiento presenta cifras no muy críticas en el sector rural. La cobertura del agua sobresale en los cantones de Bolívar y San Pedro Huaca, a nivel rural y urbano. En la zona rural se suman los cantones de Tulcán, Montufar y Mira. En la red de alcantarillado de la provincia, el cantón Montufar es el más crítico en la zona rural, seguida por San Pedro Huaca, Tulcán y Bolívar. En el ámbito urbano las coberturas están sobre el 80% que son adecuados su servicio.

La cobertura de residuos sólidos es menor en el cantón Bolívar tanto en la zona rural, como en la urbana. Dentro del ámbito rural se suman los cantones de Bolívar, Mira y Montufar como deficitarios. En Tulcán se ha implementado una propuesta integral de manejo de residuos sólidos.

- b. ESMERALDAS; En general, la provincia presenta situaciones alarmantes en los servicios de agua potable y saneamiento en las áreas urbanas y rurales, siendo los más críticos los cantones: San Lorenzo, Río Verde y Eloy Alfaro, que por coincidencia corresponde a los cantones más pobres. Las coberturas de agua en la provincia es menor al 66% en el área urbana y en el área rural es aún más crítica, ya que su cobertura es menor al 20%. Esto puede explicar el perfil epidemiológico que tiene la provincia, y la alta incidencia de enfermedades infecciosas, así como la alta mortalidad infantil.

La red de alcantarillado en la provincia se presenta como muy crítica; en tanto la cobertura de los residuos sólidos es optimista a nivel urbano, si comparamos con el área rural. A pesar de ello, los cantones Eloy Alfaro y San Lorenzo presentan coberturas críticas en su gestión y una cobertura de residuos sólidos baja.

- c. MANABI; La cobertura del agua potable y saneamiento básico en la gran mayoría de los cantones de la provincia de Manabí es mayor en las áreas urbanas comparado con las áreas rurales llegando a una relación de de 4 a 1, esta problemática se agudiza más en los cantones Paján, Pichincha y Santa Ana donde el problema no es solo a nivel rural, sino también urbano. La cobertura del agua potable en el sector urbano de la provincia es baja, apenas alcanza entre el 60 y 70%. Este porcentaje tiende a disminuir ostensiblemente en el sector rural, como podemos citar, en el cantón Jaramijó que apenas llega al 33%; en tanto que en los cantones Sucre y Montecristi no supera el 20% y el resto de cantones la cobertura de agua en el sector rural oscila en alrededor del 10%, que en su gran mayoría son abastecidos intermitentes y agua entubada.

La red de alcantarillado rural es mucho más crítica comparado con la cobertura del agua, en muchos casos es inexistente en las zonas rurales y gran parte del sector urbano no disponen de este servicio, como son los caso de los cantones: Tosagua; Puerto López, Jama, Jaramijó, San Vicente y Rocafuerte. Los residuos sólidos, su recolección realizada por los entes locales si limita únicamente a las zonas urbanas, y esporádicamente en el sector rural. A pesar de que la recolección en el sector urbano es insuficiente, su

disposición final lo realiza a cielo abierto produciendo la contaminación del ambiente, los cuerpos de agua, terrenos baldíos aledaños.

- d. **PICHINCHA;** La intervención del programa a nivel de la provincia de Pichincha se tiene previsto intervenir exclusivamente para los cantones norte: Pedro Moncayo y Cayambe:

Pedro Moncayo; La cobertura de agua y saneamiento en el sector rural resulta más crítico comparado con el urbano, que apenas llega al 20%. El saneamiento ambiental en el cantón se encuentra apoyada por algunas instituciones que trabajan en el tema como: MIDUVI, Consejo Provincial, y Juntas de Agua, para lo cual disponen de recursos de la cooperación internacional a través de ARD-3D, PRAGUAS y nacionales. El Cantón cuenta con un sin número de proyectos, organizaciones e instituciones que trabajan en el tema de agua y saneamiento, que pueden ser aprovechados coordinadamente, fortalecer el sector, optimizar los recursos y cubrir el déficit de cobertura sobre todo en el área rural.

Cantón Cayambe; El abastecimiento de agua para el consumo humano se lo realiza a través de la gestión de la Empresa de Agua Potable que cubre las necesidades de la ciudad de Cayambe modelo que fue implementado por PRAGUAS; en el sector rural en algunas parroquias se pretende implementar este modelo mediante pequeñas empresas de agua potable para poder cubrir este servicio en forma más eficiente ante la crisis de cobertura y de calidad del agua para el consumo humano. La recolección de los residuos sólidos en el cantón se encuentra bien organizada, ya que cuenta además con relleno sanitario, producción de abono orgánico que se comercializa a las plantaciones de flores. El tratamiento de aguas negras es bastante bueno, ya que se realiza un proceso de tratamiento previo, mediante los tanques in-off antes de la descarga final, lo que permite mitigar los impactos de aguas grises y contaminación a los lechos de los ríos.

- e. **IMBABURA;** La cobertura de agua al nivel rural como en el caso de las otras provincias contempladas en el presente programa, es menor con respecto al sector urbano, teniendo cifras críticas al interior de los cantones Cotacachi y Pimampiro. En cuanto a la red de alcantarillado la desigualdad es mayor entre el sector rural y el urbano, sobresaliendo en esta problemática los mismos cantones antes citados que tiene coberturas bajas. La cobertura de residuos sólidos, presenta al cantón Otavalo como el más crítico, especialmente en el área rural.

La importancia para la salud del agua y el saneamiento hace que su cobertura siga siendo una prioridad; a pesar de los esfuerzos realizados para ampliar la cobertura de los servicios de agua y saneamiento básico en el Ecuador, estos han sido insuficientes para atender la demanda de la población, especialmente el sector rural, donde la sostenibilidad de los sistemas de agua potable y saneamiento depende de varios factores como: técnico, de operación, de mantenimiento, administrativo, social, que engloban en una adecuada gestión de los servicios que garanticen un suministro eficiente en calidad, cantidad y continuadas y se implementen acciones concernientes a la conservación del recurso agua en las fuentes. El estudio NOLASCO-ASSA Rural evidenció que en el año 2004, un alto porcentaje de sistemas deteriorados o colapsados y del mismo modo deficiencias en los aspectos técnicos y operacionales del servicio, que impiden un buen servicio.

Todos los cantones de la región norte incluyen el tema de agua y saneamiento en sus planes de desarrollo, principalmente en la dotación de agua potable para los sectores rurales, ejecutan estudios para nuevas captaciones de agua y la optimización del consumo, fortalecimiento de capacidades a las juntas administradoras, educación a la población sobre el uso eficiente del agua,

entre otros; pero que por su limitado recurso económico hace que estos sean difíciles de implementarlos.

El problema central gira alrededor de la **inequidad en el acceso y distribución del recurso, un modelo de gestión poco eficiente que dificulta la gobernabilidad**, otro problema se presenta con las deficiencias de capacidades locales en el manejo, la limitada participación y organización de los usuarios por falta de interés o poco motivados, la débil coordinación de las instancias involucradas, la disminución de fuentes de agua, la contaminación del agua para consumo humano (por uso indiscriminado de agroquímicos), deficientes sistemas de saneamiento ambiental, la infraestructura poco mantenida y la débil capacidad de operación y mantenimiento de los sistemas.

Con relación a las cuencas y micro cuencas hidrográficas, se encuentran en un franco deterioro por la tala indiscriminada de los bosques y vegetación nativa lo que hace que sus suelos se degraden, disminuyendo la capacidad de retención del agua por estas esponjas naturales, la falta de estrategias que permitan forestar y reforestar las cuencas y micro cuencas, hace que la deforestación avance inexorablemente alcanzando entre 250.000 a 340.000 hectáreas/año, provocado pérdidas significativas de la calidad de los suelos y creciente disminución de los caudales de las fuentes abastecedoras de agua.

Un problema grave es que ni instituciones, ni organizaciones comunitarias locales consideran a las cuencas abastecedoras como "el elemento de producción del recurso" y que deben ser preservadas, sin el cual será imposible el funcionamiento de ningún sistema de agua para consumo humano.

Si a esto se añade la insuficiente capacidad de los municipios para asumir el rol asignado como responsables de la prestación de los servicios de agua y saneamiento a nivel urbano y rural, podemos concluir que el tema de sostenibilidad es el más crítico en el sector de agua y saneamiento.

Además de la dificultad en el acceso, existe un serio problema de sostenibilidad de los sistemas existentes, las debilidades en la gestión y capacidad de operación hacen que la vida útil de los proyectos de agua y saneamiento se reduzcan sustantivamente.

La contaminación de agua, suelo y aire, por el inapropiado manejo de desechos sólidos, las limitaciones técnicas y económicas de los municipios, el escaso interés y participación de la sociedad civil y el insuficiente apoyo de organizaciones configuran la problemática alrededor de este tema.

2. ORIENTACIONES ESTRATEGICAS

Las orientaciones estratégicas están destinadas a proporcionar coherencia, unidad, dirección y viabilidad a los resultados esperados y sus actividades del Programa.

2.1 ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA

Las estrategias de intervención están conformadas por un conjunto de orientaciones estratégicas que contribuirán a dar una coherencia de finalidad y acción al programa tanto en el componente de salud como en el de agua y saneamiento que permitirán la viabilidad requerida para el éxito del programa.

2.1.1 Generales

- a. La orientación pública en la política y en los servicios de salud, agua y saneamiento, significa centrarse en las necesidades y problemas de los/as ciudadanos, mejorando su acceso y promoviendo de forma horizontal el ejercicio de derechos, inclusión, equidad y universalidad
- b. Democratizar la gestión de la salud y de los servicios de salud, agua potable y saneamiento con profesionalización, cooperación interinstitucional, participación y control de los usuarios; formación de alianzas con actores del sector público y privado en función de la demanda, el contexto específico de intervención y la desconcentración.
- c. Alineamiento/armonización del programa a las políticas nacionales sectoriales de salud, de agua potable y saneamiento.
- d. Fortalecimiento de la institucionalidad existente, tanto a nivel nacional, intermedio y local para lo cual la asistencia técnica internacional-nacional en estrecha coordinación con la realidad de los territorios de intervención implementaran intervenciones combinadas de capacitación, coaching, investigación-acción, de seguimiento técnico entre otras para que sean estructuras organizacionales exitosas, abiertas y flexibles para la producción de los resultados esperados.
- e. Articulación de las instituciones contraparte para el uso y manejo integrado de las diferentes fuentes de financiamiento en el corto, mediano y largo plazo y para la sustitución progresiva de los recursos del programa.
- f. Flexibilidad, participación y control social en la implementación y operacionalización de los resultados esperados del programa.
- g. Intercambiar experiencias bilaterales y multilaterales con otras experiencias nacionales e internacionales, permitiendo el desarrollo de acciones conjuntas, diseminación de lecciones aprendidas y modelos ejemplares.
- h. Institucionalizar y extender las intervenciones desarrolladas por el programa a nivel nacional, que luego de la respectiva evaluación y auditoria hayan demostrado ser exitosas.
- i. Promoción de la cooperación interinstitucional e interagencial en los territorios de intervención que permita ejes de trabajo que potencien, racionalicen y optimicen los recursos técnicos y financieros para el mejoramiento de la salud y sus determinantes.
- j. Concentración geográfica e integración del componente de salud, del agua potable y saneamiento siempre que se justifique en base a criterios técnicos para obtener un efecto potenciador y sinérgico.

2.1.2 Salud

- a. Fortalecimiento de la capacidad organizacional y técnica de los proveedores de servicios de salud para orientar su acción al logro del acceso efectivo a los servicios de salud con calidad y con una atención integral e integrada familiar-comunitaria, que considere las particularidades y diversidad cultural de los territorios de intervención.
- b. Construcción de microrredes interinstitucionales de provisión de servicios de salud de base pública para reducir la falta de acceso y la fragmentación de los servicios de salud públicos y privados con finalidad social, con coordinación, colaboración y establecimiento de vínculos, de relaciones entre las personas, que sostienen y proveen de significado y sentido a esa variada y diversa institucionalidad¹⁶, más allá de los niveles de organización de las instituciones,
- c. Profesionalización de equipos interinstitucionales para los diferentes niveles de gestión del sistema de salud y de servicios de salud que partiendo de una visión, valores y estrategias comunes construya competencias generales y especializadas generando un sistema de incentivos ligados a la calidad de atención.
- d. Desarrollo y aplicación de herramientas metodológicas y de intervenciones que puedan ser institucionalizadas a través de políticas y normas de alcance nacional.
- e. Mejorar la calidad de los servicios de salud.
- f. Fortalecimiento del trabajo de educación sanitaria y ambiental de los proveedores de servicios de salud

2.1.3 En los sectores de agua potable y saneamiento

- a. Capitalizar las experiencias de los programas del MIDUVI financiado por la cooperación belga en las provincias de Carchi e Imbabura,
- b. Utilizar los fondos disponibles y limitados para obtener el máximo valor agregado, por esta razón, las inversiones estarán limitadas a intervenciones que tengan un impacto multiplicador,
- c. Apoyar un marco institucional de implementación del proyecto que permiten sinergias entre las instituciones encargadas de la implementación del programa y de otras instituciones que manejen temas asociados (por ejemplo manejo de cuencas).
- d. Focalizar las intervenciones en zonas rurales que tengan más debilidades en términos simultáneos de salud, agua potable y saneamiento en base a criterios técnicos para la selección de los cantones de intervención.
- e. Capitalizar y multiplicar lecciones aprendidas a nivel nacional en cuanto a las experiencias adquiridas mediante talleres de capacitación y socialización de la información.
- f. Focalizar las intervenciones en zonas rurales, mediante la implementación de la estrategia de intervención de los componentes del Programa Nacional de Agua y Saneamiento Rural diseñado por el MIDUVI.

Estas orientaciones estratégicas serán aplicadas a los resultados y actividades del programa.

2.2 BENEFICIARIOS

2.2.1 Beneficiarios Directos:

- a. Población de los territorios priorizados donde se desarrollarán las actividades en salud, agua y saneamiento de las provincias de la zona de intervención del programa.

¹⁶ Rovere 1994

- b. Los Servicios de Salud con finalidad pública donde se desarrollaran las microrredes en los territorios priorizados, especialmente del MSP, IESS y SSC y servicios de salud municipales y provinciales.
- c. Espacios de concertación en salud tales como los Consejos Cantonales y los Consejos Provinciales de salud
- d. Las Juntas Administradoras de Agua Potable y Saneamiento de las zonas de intervención.
- e. Los consejos provinciales y municipios del área de intervención.

2.2.2 Beneficiarios Indirectos

- a. La totalidad de la población de las zonas de intervención del Programa que asciende a y su prioridad la población de quintil 1 y 2 que asciende a.
- b. Gobiernos seccionales: Municipios y Consejos Provinciales de las provincias de intervención.
- c. Los niveles centrales / nacionales de las entidades participantes del Programa tales como: Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo y Vivienda (MIDUVI), AME y CONCOPE.
- d. CONAJUPARE instancias que agrupa las Juntas Parroquiales del país y que tienen un rol en garantizar la participación en salud a nivel de las comunidades y localidades más pequeñas.
- e. El Consejo Nacional de Salud como instancia de concertación de las políticas en el sector salud.

2.3 LOCALIZACIÓN DEL PROGRAMA

El programa en sus dos componentes salud (servicios de salud) y agua – saneamiento se localiza territorialmente en las provincias de Esmeraldas, Manabí, Carchi, Imbabura y el norte de Pichincha y priorizará su intervención en cantones y parroquias más vulnerables y menores quintiles de ingreso, que se definirán en el inicio del programa según criterios relacionados a necesidades básicas insatisfechas, población ubicada en quintil 1 y quintil 2 de pobreza entre otros.

Por otro lado, el Programa tiene tres niveles de intervención en la institucionalidad existente; el nacional en el que se pretende reforzar el rol de rectoría nacional del MSP –CONASA sobre la salud y sus determinantes, el nivel meso referido a las microrredes de servicios de salud y el nivel micro –gestión clínica en los diferentes espacios territoriales del país (nacional, intermedio y local/cantonal), se coloca nivel intermedio en función de los cambios en el ordenamiento territorial que la Asamblea Constituyente pudiera implementar. A continuación, se visualiza la relación de nivel de gestión y territorio.

Tabla No 3
Niveles de gestión en salud y territorios

Territorio Nivel de Gestión	Nacional	Intermedio	Local/ cantonal
Macro: Sistema de salud- rectoría	X	X	X
Meso: Servicios de salud		X	X
Micro: Proceso de atención- micro		X	X

Elaboración: autores

2.4 RELACIÓN SECTOR SALUD Y SECTOR AGUA

La salud es un producto social que resulta de la interrelación de un conjunto de determinantes como los biológicos, económico-sociales, culturales y ambientales (agua entre otros), lo que implica dimensionar el peso de estos determinantes en el estado de salud y en los requerimientos necesarios para articular respuestas integrales que mejoren la salud no solo la enfermedad, por esta razón el Programa tiene como centro estratégico la salud, incluye una intervención relacionada con el agua por la importancia que tiene como un determinante de la misma, en el área de intervención del programa la cobertura y calidad del agua es causa de enfermedades, lo que obliga a proponer un trabajo coordinado entre las diversas instituciones involucradas en la respuesta social a la salud.

2.5 PERTINENCIA DEL PROGRAMA

Las justificaciones generales del programa se encuentran explicitadas en el Programa indicativo de cooperación (PIC) del Gobierno del Ecuador y Bélgica y que básicamente establece:

- a. La necesidad de estructurar una respuesta temática integral a la salud, es decir, a los determinantes y a los servicios de salud, con un anclaje y reforzamiento de la institucionalidad sectorial existente en lo nacional y local.
- b. Concentración geográfica en el norte del país por la prioridad dada por el Gobierno Ecuatoriano, no sólo por las condiciones de vida y desarrollo sino por su situación de frontera que aumenta su vulnerabilidad;
- c. la necesidad de mejorar el acceso efectivo de su población a una atención integral de salud de calidad; de igual forma, en el tema de agua y saneamiento considerándolo uno de los determinantes básicos de la salud de la población.
- d. Las alianzas entre el MSP y MIDUVI como parte del gobierno central, y los gobiernos seccionales que permite potenciar los resultados esperados.
- e. El trabajo interinstitucional conjunto crea los espacios idóneos en cada provincia de intervención para armonizar la regulación y visión sectorial (salud) con la regulación y visión territorial (desarrollo) en políticas públicas participativas y sostenibles.
- f. Las intervenciones en marcha de extensión de la protección social en salud cuya estrategia central, el aseguramiento en salud, la implementación del modelo de atención está brindando importantes lecciones, instrumentos y experiencias que es necesario fortalecer.

Lo que implica la necesidad de actuar en las prioridades del sistema de salud en su conjunto, el programa apoyará el nivel central del MSP para incidir en el fortalecimiento de su rol de rector sectorial, así como el nivel de gobierno intermedio y en los servicios de salud mediante un trabajo interinstitucional y coordinado para garantizar la sostenibilidad e institucionalización del programa en el corto, mediano y largo plazo.

2.5.1 Justificación específica de la intervención en salud:

La intervención del programa en salud se centra en contribuir a resolver los problemas que impiden que la población, especialmente la más vulnerable, tenga acceso efectivo y calidad en los servicios de salud, por esta razón las actividades diseñadas deben permitir:

- a. El fortalecimiento de la capacidad institucional para la rectoría del sector salud del MSP y su capacidad de coordinación interinstitucional e intersectorial para la

- formulación de políticas públicas participativas, operacionalización del modelo de gestión macro (nivel nacional), meso (servicios de salud) y micro (gestión clínica) en salud y una mejor asignación del financiamiento;
- b. La disminución de la segmentación y la fragmentación que afectan el acceso efectivo a servicios de salud de calidad y centrado en el usuario y profundizan las inequidades en salud.
 - c. El mejoramiento de la calidad de la atención de salud de los servicios de salud en general y en particular de los con orientación pública hace que la conformación y funcionamiento de microrredes se base en la aplicación de intervenciones específicas en este tema.
 - d. Un trabajo articulado entre el MSP, AME y CONCOPE desde el diseño, ejecución y evaluación del programa permite consolidar la coordinación y alianzas del gobierno nacional y los gobiernos seccionales a favor de la salud.

2.5.2 Justificación específica de la Intervención en el área de Agua y Saneamiento

El objetivo final es lograr el cambio de hábitos sanitarios de la población rural y beneficiarla con un servicio sostenible y de calidad, disminuyendo el efecto negativo de condiciones inadecuadas de agua y saneamiento en la salud.

Los actores locales coinciden en citar, que los principales problemas que aquejan a los proveedores de los servicios de agua y saneamiento a nivel rural (JAAPs) son multidimensionales, por tanto requieren soluciones integrales que den respuesta a los problemas técnicos, sociales, económico financieros, ambientales e institucionales, y constituyen una amenaza a la sostenibilidad de los servicios de agua y saneamiento, a corto y mediano plazo.

Los problemas de orden técnico son: la insuficiente capacidad técnica del operador o del contador, del cambio de directorio, de presiones de los usuarios por bajar la tarifa, de conexiones ilegales, pérdidas, del mantenimiento y control de la calidad del agua, entre otros. También se observa que, a menudo, los operadores de los sistemas de agua están más preocupados por el mantenimiento del nivel de producción que de la calidad del agua de consumo humano y del manejo racional del recurso agua.

El fortalecimiento de las JAAPs, durante y después del periodo de inversión, es un elemento esencial de la política del Gobierno del Ecuador en el sector del agua potable y saneamiento. Con pocos recursos, este fortalecimiento permitiría que un número importante de JAAPs estén en capacidad de elevar el nivel de sostenibilidad y de asegurar las inversiones ejecutadas, de mejorar la calidad del agua producida y de manejar adecuadamente este recurso; introduciendo poco a poco los conceptos de saneamiento y del manejo ordenado de los residuos sólidos a través de una concientización a los usuarios de los sistemas de agua.

Es relevante hacer notar que, existen pocas intervenciones dirigidas al fortalecimiento de las JAAPs a nivel del Ecuador, por ende las 5 provincias contempladas en el presente programa no se encuentran al margen de esta problemática.

Por lo tanto, es prioritario concentrar la intervención del programa sobre el tema del fortalecimiento de las JAAPs, lo que daría el máximo valor agregado al financiamiento del Gobierno de Bélgica. Se tratara ante todo, de tener un buen inventario de los sistemas de agua de consumo humano de que al momento no se dispone o se encuentra muy fragmentado e incompleto (resultado 1), de mejorar el control y vigilancia de la calidad del agua producida (resultado 2), de fortalecer a las JAAPs en todo lo que se refiere al manejo institucional, técnico,

financiero y social (resultado 3) y de introducir poco a poco conceptos integrados de saneamiento, manejo de desechos sólidos, medio ambiente y conservación de cuencas hidrográficas (resultado 4).

Las experiencias generadas y lecciones aprendidas durante la intervención del programa en las provincias del norte del país podrán ser capitalizadas a nivel nacional mediante una socialización de la información a través de medios electrónicos e impresos.

2.6 EJES ESTRATÉGICOS DEL PROGRAMA

Lo descrito en el punto 4 y 5 ha permitido estructurar dos ejes estratégicos del Programa, que se transforman en componentes del mismo, servicios de salud y los relacionados con agua potable y saneamiento.

2.7 SINERGIA CON EL PROGRAMA DE DESARROLLO RURAL

Los dos programas priorizan el sector rural en los territorios de intervención, pretende reactivar la producción y la pequeña y mediana empresa, promoviendo la innovación y la excelencia; uno de los puntos de confluencia será que uno de los criterios de priorización de este programa coincida con los territorios priorizado en el programa de salud, lo que potenciará un abordaje de desarrollo integral con equidad.

La misma sinergia se buscará con otros programas y/o proyectos que se encuentren ejecutando otras instituciones nacionales o de cooperación internacional.

3. PLANIFICACION OPERACIONAL

La planificación operacional se establece considerando tres premisas:

- a. El marco de políticas de salud del Plan de Desarrollo 2007-2011 (Anexo 7.1) propone:
 - Promover el desarrollo sectorial, la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.
 - Fortalecer la gestión y el desarrollo del talento humano
 - Asegurar el acceso universal a medicamentos esenciales.
 - Asegurar la cobertura universal de la salud, con servicios de calidad que ofertan prestaciones con calidez, eliminando todo tipo de barreras que generan inequidad, exclusión y recuperando la salud como un derecho ciudadano
 - Fortalecer la predicción y prevención de la enfermedad, el desarrollo de capacidades para advertir, anteponerse y controlar la morbilidad, los riesgos ambientales, los accidentes, la violencia y las discapacidades.
 - Fortalecer la promoción de la salud, promover la construcción de ciudadanía y una cultura por la salud y la vida.
 - Promover el desarrollo de entornos favorables para la salud y la vida.

Lo que implica que el sector salud está en proceso de reforma en función de integrar un sistema único de salud que elimine la fragmentación y segmentación, y a la vez, implementar un modelo de atención de base comunitaria y familiar, sin embargo el proceso de diseño aún no está concluido y su operacionalización tampoco, lo que ha implicado para el programa plantee resultados esperados, actividades acordes a las políticas definidas en el Plan de Desarrollo que son las que están guiando el diseño de la reforma sectorial.

- b. El marco de definiciones del Objetivo 4 del Plan de Desarrollo que plantea “Promover un ambiente sano y sustentable, y garantizar el acceso a agua, aire y suelo seguros”, obliga a una coordinación necesaria del sector agua con el sector salud a fin de que sus intervenciones sean coherentes y complementarias en función de los objetivos nacionales de desarrollo.
- c. La Agenda Social del MSP (Anexo 7.13) propone entre otros fortalecer las capacidades institucionales de regulación y rectoría del MSP mediante la elaboración de política y planes de salud

En este marco, la planificación operacional considera:

- a. los problemas identificados en la salud, agua y saneamiento, así como las orientaciones estratégicas que determinan una prioridad a la salud;
- b. las líneas de acción propuestas por el MSP
- c. el componente de agua y saneamiento como determinante de una buena salud;
- d. el estado del arte en las intervenciones sobre la salud y las tendencias de cambio que marca las definiciones del Plan de Desarrollo y los avances que de manera oficial se han planteado.

Hay que notar que si existe un marco de políticas de salud, lineamientos estratégicos y una agenda social del MSP, el diseño global y su plan estratégico detallado de implementación no están aun finalizados. Además, no existe POA al nivel de la DGMSP lo que pone en evidencia una cierta debilidad en términos de programación y de planificación.

Hay que precisar que la Asamblea Constituyente esta ahora definiendo una constitución y que solo después que sea aprobada, el MSP podrá proponer un POA. El programa apoyará en crear una mejor capacidad para el establecimiento de POA's.

Sin embargo, algunos cantones han empezado a diseñar POA pero son planes locales, a veces, no incluyen planes de salud (ejemplo en Anexo 7.3) y no son oficiales tampoco aprobados por el nivel central.

Por lo tanto, el Programa contribuirá a reforzar la planificación al nivel del MSP y se insertará no solo en sus lineamientos estratégicos pero también en los planes operacionales definidos.

El inicio del Programa coincidirá con la finalización del diseño e inicio de la implementación de la reforma del sector salud en el marco de los lineamientos generales que defina la Asamblea Constituyente, lo cual es importante para el éxito, viabilidad y sostenibilidad de las acciones del programa y facilitara su armonización y alineamiento al nuevo contexto sectorial de salud.

3.1 OBJETIVO GENERAL

Contribuir al bienestar de la población en las provincias del norte del país a través del mejoramiento del acceso a servicios básicos de salud, agua y saneamiento en las provincias de Carchi, Imbabura, Esmeraldas, Manabí y dos cantones del norte de Pichincha.

Se establece un objetivo específico para cada componente y se realiza el despliegue estratégico en resultados, actividades e indicadores como se observa continuación.

Uno de los elementos centrales de este objetivo es contribuir a la equidad en salud no solo en términos de la atención de salud sino en el financiamiento, debido a que el análisis de situación de salud muestra grandes inequidades en estas dos dimensiones y que pueden ser resueltas con una mayor integración y respuesta sistémica de los actores y de las intervenciones diseñadas y operacionalizadas y con un claro enfoque poblacional.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO DE SALUD

Mejorar el acceso de la población a una atención de salud Integral y de calidad, en las provincias de Carchi, Imbabura, Esmeraldas, Manabí y dos cantones del norte la Pichincha.

3.2.1 Indicadores estratégicos

En el sector salud, se propone monitorear los siguientes indicadores:

- a. Incremento de al menos el 10% anual de la tasa de utilización de los servicios integrales con finalidad pública de primer nivel en todos los grupos de edad en las microrredes de intervención del programa.
- b. Al menos el 60% (8) más de las microrredes financiadas por el programa funcionando con recursos técnicos y financieros de las contrapartes.
- c. Al menos 4 intervenciones estratégicas del programa se institucionalizan en el ámbito nacional.

3.2.2 Resultados Esperados, actividades e indicadores del componente salud

Para el logro del objetivo específico de salud del Programa se han definido un conjunto de resultados que se inscriben en un contexto político- económico- social y sectorial de cambios donde la meta central es la garantía del derecho a la salud y un sistema de salud articulado e integrado. El MSP, AME y CONCOPE han establecido una estrecha coordinación y consenso a nivel político, técnico nacional y territorial para mejorar el acceso efectivo a la atención integral de salud en los territorios de intervención.

Se proponen cuatro resultados interconectados que en conjunto van a lograr el objetivo final del programa y son:

Resultado No 1: Se cuenta con un conjunto de políticas que garanticen el ejercicio del derecho a la salud integral.

La definición de políticas públicas es un proceso de negociación política en el cual intervienen diferentes intereses, valores y conocimientos de actores individuales y colectivos, gubernamentales y no gubernamentales de los cuales emerge como resultado una decisión política acerca de los planes y programas de acción dirigidos a intervenir desde el Estado en un sector específico (políticas sectoriales), o a para abordar una problemática o asunto en particular.

En los últimos años se ha dado un proceso de concertación en la definición de políticas de salud con procesos participativos, mayoritariamente del propio sector liderados desde el CONASA; con el nuevo gobierno, la direccionalidad para el modelo de desarrollo del país está dado por la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) mediante un proceso participativo que se ha concretado en el Plan de Desarrollo 2007-2011.

Aunque en dicho Plan de Desarrollo se explicita un conjunto de políticas relacionadas con la salud, los cambios que pueden darse a partir de la Asamblea Constituyente en la respuesta social a la salud y ambiente, implica la posibilidad de ajustar, concretar y/o detallar a mayor profundidad las políticas públicas de salud, no solo las nacionales y sino las específicas por territorio, entre gobierno nacional, gobiernos seccionales y actores de la sociedad en conjunto, para que puedan tener mayor legitimidad y viabilidad. Por esta razón se incluye este resultado que es el marco estratégico del Programa y que es necesario no sólo sea concertado al nivel nacional sino también al nivel intermedio y local; además de que se establezcan los mecanismos para cumplirlas. Este resultado apunta a contribuir a este desafío.

Indicadores estratégicos:

- a. Al menos 3 políticas públicas de salud concertadas y adaptadas a la realidad territorial local especialmente en el área rural
- b. Al menos 2 mecanismos de aplicación de políticas definidos, consensuados e implementados por territorio

Actividad estratégica 1.1: Proponer y concertar en forma participativa un conjunto de políticas que garanticen la aplicación del ejercicio del derecho a la salud.

Descripción:

Los espacios territoriales en los que se realizará esta actividad serán:

- a. Nivel nacional: en dependencia del grado de avance en la formulación de la política pública de salud (basada en el nuevo o ajustado marco legal que la Asamblea Constituyente por el MSP), se apoyara un mapeo de actores estrategias de negociación, promoción de alianzas y resolución de conflictos, la formulación, el diseño del monitoreo y evaluación; y se definirán los mecanismos de ejecución y evaluación participativa de la política.

Se analizará las lecciones aprendidas en el programa, producto de la investigación –acción para su institucionalización a través de políticas específicas.

De igual manera, se apoyará el establecimiento de las normas, su regulación y procedimientos para la aplicación, adaptación y control de la política;

- a. Nivel provincial: de forma participativa en el marco de los consejos de salud provincial y cantonal se apoyara la adaptación de las políticas a través de mesas de trabajo para establecer lineamientos de políticas públicas de salud territorializadas y adaptadas a su realidad, que permitan su ejecución y evaluación conjunta. Este proceso será asistido por los técnicos del programa y del nivel nacional de las contrapartes.
- b. Nivel de los servicios de salud: dirigidas a consolidar las microrredes plurales, se asistirá en la formulación de sus políticas específicas de funcionamiento de la gestión, de la atención y del financiamiento y de los mecanismos de aprobación en los consejo de salud cantonales y provinciales.

Medios:

- a. Organización, formulación, aprobación y adaptación de los planes estratégicos nacionales de salud y de los planes de cobertura de servicios de salud por los consejos cantonales y provinciales de salud,
- b. Presupuesto de apoyo a las actividades como mesas de salud, talleres u otros, en los niveles y territorios de intervención
- c. Capacitación en formulación, ejecución y evaluación de las políticas a los miembros de los consejos cantonales y provinciales de salud, de los equipos de conducción de las microrredes.
- d. Asistencia técnica en apoyo a la definición y concertación de las políticas de nivel nacional, provincial y de las microrredes plurales, a través de su capacitación, coaching y apoyo a sus investigaciones acción para identificar los cuellos de botella (puntos difíciles para el flujo de la información) al nivel central y soluciones.
- e. Intervenciones específicas para incrementar la colaboración entre las diversas direcciones y subsecretarías del MSP y otros actores especialmente AME y CONCOPE alrededor de la definición de las políticas de salud, de servicios de salud, del proceso de atención de salud y de sus normas; al uso de resultados de terreno, de experiencias para la formulación de políticas y de las supervisiones en el terreno por el nivel central.
- f. Publicaciones.

Actividad estratégica 1.2: Identificar, concertar y estructurar mecanismos de aplicación de políticas nacionales de salud en los territorios de intervención.

Descripción:

Una vez formulada la política pública de salud nacional y especialmente la territorial, en el marco de consejos cantonales y provinciales de salud se definirá los mecanismos de aplicación de la política en los niveles específicos. Se establecerán intervenciones específicas (planes, proyectos o programas, etc.) que serán diseñadas por los equipos técnicos interinstitucionales como formación y capacitación de equipos, planes estratégicos, mercadeo social, comunicación, difusión, cambio organizacional, participación y control social, quejas y reclamos, etc. El contenido de estos mecanismos todavía no se puede describir en el momento de la formulación. Una vez que el nuevo sistema de atención a nivel territorial sea aprobado por la Constituyente, los mecanismos de aplicación serán definidos durante talleres participativos de información y socialización a nivel provincial y cantonal.

Medios:

- a. Asistencia Técnica especializada
- b. Recursos financieros para el desarrollo y aplicación de los mecanismos diseñados y a probados.

Resultado No 2: Modelo de gestión de salud y de servicios de salud definido e implementado en las áreas intervenidas, con involucramiento de los actores.

El modelo de gestión de los sistemas de salud debe ser entendido en tres niveles:

- a. el primero, es el macro relacionado con el sistema de salud y el cumplimiento de la rectoría, financiamiento/aseguramiento y provisión plantea políticas y estrategias para intervenir en el estado de salud y sus determinantes para mejorar la salud.
- b. El segundo, el meso, relativo a los servicios de salud (microrredes) en cuanto a los modelos de gestión, la organización y planificación de la provisión.
- c. El tercero, el micro, que se refiere a la gestión clínica en donde los modelos de atención, práctica clínica, metodologías e instrumentos son

El modelo de gestión del sistema de salud es necesario visualizarlo además de cara a un enfoque territorial y de gobierno, en el Ecuador está el nivel nacional, intermedio (provincias, regiones) y local (cantones y parroquias), uno de los grandes desafíos de la descentralización es armonizar los niveles de gestión del sistema de salud en cada uno de los territorios.

En el marco de la reforma sectorial en marcha que propone un Sistema Único de Salud uno de los desafíos más importantes es concretar el modelo de gestión de este sistema en los tres niveles: macro, mezo y micro; en este sentido, el Programa va a actuar en los tres niveles de gestión de los sistemas de salud y se concentra con prioridad en el nivel mezo y micro; por otra parte, e interviene en cómo estos niveles de gestión del nuevo sistema de salud se operacionalizan en el nivel nacional, intermedio y local, con la ventaja que las definiciones de la LOSNS17 (Art. 23) establecen una gestión colectiva a través de los Consejos de Salud.

En estos Consejos de Salud se pueden formular políticas saludables, elaborar planes de salud y su presupuestación, realizar el control social de la gestión y apoyar a la organización de la red plural para lo cual no sólo es necesario la definición de roles y competencias de los actores e instituciones, las formas de articulación y coordinación que permitan resolver la segmentación y fragmentación en función de un mejor estado de salud para la población.

En cuanto al nivel meso – servicios de salud, el nuevo modelo de gestión integral se está planteando desde el MSP y es conformar microrredes de servicios de salud interinstitucionales, que en un inicio serán entre públicas. Este modelo está basado en producción, resultados

¹⁷ Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

efectivos para el usuario y financiamiento de la oferta en función a la demanda para mejorar la calidad de la atención y el gasto. En estas microrredes plurales la conformación de instancias de gestión compartida con equipos interinstitucionales profesionalizados y competentes¹⁸ de los prestadores de servicios de salud participantes (miembros de los establecimientos de salud articulados como MSP, IESS, SC, ONG, municipios etc. y un representante de la DPS) es la clave de la articulación.

De igual manera el nivel micro – gestión clínica- será también desarrollado en los servicios de salud. Esta orientación pretende democratizar la gestión del sector de salud, fomentando el trabajo intersectorial e interinstitucional, con mecanismos como los consejos de administración de los establecimientos de salud de los territorios.

La contribución del Programa a consolidar las líneas de la reforma sectorial con este resultado es importante debido a que las mayores falencias detectadas son la falta de un modelo de gestión específico para los servicios de salud y sobre todo de instrumentos y recursos humanos que permitan lograr resultados que mejoren el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.

Indicadores estratégicos:

- a. Modelo de gestión nacional del sistema de salud y de servicios de salud concertado y funcionando entre los diferentes niveles de gobierno.
- b. Al menos el 70% de aplicación del modelo de gestión del sistema de salud y de los servicios de salud en las provincias de intervención.
- c. Al menos el 80% de cumplimiento del Programa de fortalecimiento institucional para la gestión del sistema de salud y de los servicios de salud a nivel nacional y en las provincias de intervención.

Indicadores de proceso:

- a. Roles y funciones acordados por los diferentes niveles de gobierno y actores.
- b. Al menos el 80% de los Planes territoriales provinciales y cantonales de salud integral formulados, financiados y en proceso de ejecución
- c. 100% de Planes de cobertura y financiamiento de las microrredes de servicios de salud diseñados, aprobados y en ejecución.
- d. Al menos el 70 % de instancias de gestión de salud y de servicios de salud que manejan y utilizan la información integral de salud territorializada y utilizada.
- e. Al menos el 70% de cumplimiento de aplicación del monitoreo y evaluación participativo de la gestión del sistema de salud y de los servicios de salud implementado
- f. Al menos 70% de mecanismos de participación y control social diseñados con funcionamiento sistemático.

Actividad estratégica 2.1: Diseñar, concertar e implementar el modelo de gestión participativo del sistema de salud y de servicios de salud en los territorios priorizados.

Descripción:

Esta actividad se da a dos niveles:

¹⁸ Notar que hay antecedentes, en el terreno, de acuerdos interinstitucionales para mejor utilizar los recursos de los entes de los servicios de salud

- a. Al nivel macro de la gestión del sistema de salud nacional, intermedia y local a través de sus consejos de salud,
- b. A nivel mezo –microrredes interinstitucionales, lo central es estructurar instancias de gestión compartida de microrredes con equipos directivos interinstitucionales con capacidades para la organización de servicios de salud funcionales como la planificación, priorización y la ejecución de las investigación – acción para alcanzar sus resultados, brindando su experiencia, describiendo las condiciones de éxito o fracaso.

Medios:

- a. Mesas de trabajo en los consejos provinciales y cantonales de salud para operacionalizar la gestión macro del sistema de salud y meso de los servicios de salud (microrredes).
- b. Intervenciones para conformar o consolidar los consejos de salud provinciales, cantonales y de mancomunidad de cantones y que funcionen sistemáticamente
- c. Proyectos específicos de organización e implementación de las instancias de gestión compartida con los mejores profesionales de las instituciones participantes.
- d. Proyectos específicos para desarrollar e implementar las mejores prácticas de gestión clínica
- e. Profesionalización de los cuerpos directivos de todos los niveles de gestión del sistema a través de capacitación a nivel nacional y de las 5 provincias.
- f. Pasantías internas en los mejores modelos de sistema de salud y de servicios de salud del país e internacionales (Brasil, Chile y Costa Rica) para los miembros de los equipos de los diferentes niveles de gestión.
- g. Visitas, intercambio de experiencias, observaciones en el terreno
- h. Presupuesto para la investigación – acción
- i. Presupuestos específicos para las prioridades definidas en los planes estratégicos y que no se incluyan en los resultados del Programa
- j. Asistencia técnica y supervisión capacitantes a los diferentes niveles de gestión del sistema de salud.
- k. Propuestas de nexos e implementación con otros proyectos belgas, PASSE en Ecuador
- l. Propuestas de nexos e implementación con programas nacionales de atención de salud sea de control de enfermedad u otros.

Actividad estratégica 2.2: Apoyar la definición, concertar roles y funciones en salud y en servicios de salud entre diferentes niveles de gobierno.

Descripción:

A partir de la operacionalización participativa del modelo de gestión del sistema de salud en sus diferentes niveles se precisaran los roles y funciones del gobierno nacional (MSP), gobiernos intermedios y locales y que se expresen tanto lo técnico y financiero en instrumentos legales. .

Medios:

- a. Documento de propuesta de roles a través de mesas, grupos de trabajo técnico, reuniones de validación y de restitución a nivel nacional y provincial
- b. Suscripción de instrumentos legales que institucionalicen roles, funciones y los compromisos técnico-financieros.
- c. Diseminación de información a ciudadanos e instituciones

- d. Asistencia Técnica nacional- local para la operacionalización e implementación del modelo de gestión del sistema de salud en sus diferentes niveles y territorios, la construcción de sus normativas tomado como base las lecciones aprendidas en las zonas de intervención del programa y de otras experiencias nacionales e internacionales el terreno por el nivel central
- e. Estudiar métodos para mejorar el funcionamiento democrático y la capacidad de veeduría de los consejos cantonales y provinciales de salud como representantes de los usuarios.

Actividad estratégica 2.3: Operativizar y racionalizar el sistema de información de salud para la toma de decisión de manera territorial e integral.

Descripción:

El sistema de información en salud es una intervención extremadamente compleja, en la que ha habido esfuerzos nacionales, en este caso, se refiere a la identificación de las variables necesarias para la toma de decisiones derivadas de la gestión territorial de salud, la toma de decisiones técnicas y gerenciales a nivel de los proveedores de servicios de salud y la toma de decisiones clínicas; se revisará en este contexto los registros primarios, los indicadores y sus normativas para posibilitar el análisis de la situación de salud, de los servicios de salud y del desempeño.

Medios:

- a. Investigación- acción para medir la gestión del sistema de salud territorial
- b. Investigación- acción para el diseño de un sistema de información para la gestión de los servicios de salud (Unidades de primer nivel y hospitales) incluyendo directivas para la compilación y el uso de los datos colectados
- c. Investigación – acción para el diseño e implementación de la gestión de los pacientes y de los usuarios en las unidades de primer nivel y hospitales (con reducción de tiempo de colecta de información, de escritura, y permitiendo la práctica de calidad en la atención de salud familiar y comunitaria, centrada en el usuario, continua e integrada) con herramientas de recolección de datos
- d. Asistencia técnica
- e. Propuesta de indicadores de la gestión territorializada del sistema de salud intermedio y de servicios de salud que cumplan con los criterios de disponibilidad, fiabilidad y validez
- f. Diseño e implementación de herramientas de recolección de datos, directivas para la compilación y para el uso de los datos recolectados

Actividad estratégica 2.4: Diseñar e implementar el monitoreo y evaluación del desempeño del sistema de servicios de salud.

Descripción:

El monitoreo y evaluación de la gestión territorial del sistema de salud y de las microrredes de servicios de salud es una tarea importante que significa revisar el cumplimiento de objetivos, la interacción con el medio para adquirir recursos y adaptarse, la integración de sus procesos internos para producir servicios (volumen de servicios, calidad, etc.), el mantenimiento de valores y normas y el desempeño.

Medios:

- a. Asistencia técnica
- b. Diseño e implementación del modelo de monitoreo y evaluación territorializada de la gestión que incluye la consolidación de la auditoría por los niveles respectivos de resultados
- c. Línea de base
- d. Diseño de auditorías clínicas por los equipos de Unidades de primer nivel y los especialistas del hospital
- e. Diseño de auditorías de control de la atención para los proveedores por parte de los niveles de regulación nacional y provincial.
- f. Establecimiento de criterios de calidad para el funcionamiento (criterios comunes de prestación de atención, gestión, planificación y evaluación) de los servicios con fines públicos (IESS, MSP, municipios, ONG, seguro campesino, servicios de las iglesias); estos criterios serán los utilizados en los contratos de gestión, en la supervisión técnica.
- g. Mecanismos participativos de monitoreo y evaluación externos y de satisfacción de sus usuarios

Actividad estratégica 2.5: Implementar mecanismos de participación y control social en la gestión de salud y de servicios de salud.

Descripción:

La participación social debe estar presente en cada una de las actividades del modelo de gestión de diferente nivel, incluido los mecanismos de co-gestión pero sobre todo en la implementación del control social a través de veedurías y de parte de los usuarios y rendición de cuentas entre otros.

La incorporación de la ciudadanía -representantes ciudadanos elegidos - en la gestión de los establecimientos de servicios de salud con mecanismos de co-gestión a todos los niveles de los servicios de salud podrán explorarse e implementarse de tal manera de lograr resultados de los servicios (sanitario) equitativos y respondan a las demandas legítimas de la población y que sean financieramente justos.

Medios:

- a. Diseño e implementación de la adaptación y aprobación de los planes de cobertura de servicios de salud (microrredes) por los consejos cantonales y provinciales de salud
- b. Diseño e implementación de mecanismos de co-gestión de las unidades de primer nivel y hospitales de las instituciones participantes
- c. Asistencia técnica
- d. Diseño e implementación del modelo de control social
- e. Revisión de experiencias de co-gestión (visitas, intercambios de experiencias, etc.) y de diseño e implementación de modelos de co-gestión
- f. Línea de base
- g. Formas innovativas de información a los usuarios como medios de comunicación, WEB, etc.

Actividad estratégica 2.6: Definir e implementar un Programa de fortalecimiento institucional de apoyo al modelo de gestión.

Descripción:

El programa de fortalecimiento institucional se ejecutará en los siguientes niveles:

- a. Nivel nacional e intermedio del MSP para reforzar la capacidad institucional de rectoría del MSP, promoviendo la articulación de los diferentes procesos nacionales (procesos y estructuras) que intervienen en la formulación de la política, normatización, gestión y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud a nivel nacional del MSP; a la vez, mejorando la colaboración entre el MSP con CONCOPE, AME, IESS, SC y ONG al nivel central a través de las instancias definidas que incluya cambios organizacionales bajo mecanismos de supervisión capacitante, coaching y soporte técnico.
- b. Nivel intermedio de la gestión del sistema de salud para reforzar la institucionalidad, conducción, organización y funcionamiento de los consejos de salud provinciales y cantonales, mejorando la representatividad, la competencia en el ámbito de la salud, la eficacia del trabajo legislativo.
- c. Nivel de las instancias de gestión compartida de las microrredes orientado a resultados de calidad y de gran utilidad a la salud de población y usuarios y a promover innovaciones.

Medios:

- a. Asistencia Técnica nacional- local
- b. Diseño e implementación del plan de fortalecimiento institucional a nivel nacional, e intermedio del MSP
- c. Diseño e implementación del plan de fortalecimiento institucional de la gestión del sistema de salud a nivel de territorios intermedios
- d. Diseño e implementación del plan de fortalecimiento institucional de los servicios de salud (microrredes) y de sus unidades de salud
- e. Centros de capacitación en terreno en una unidad de salud de primera línea, hospital piloto para el personal del país
- f. Intercambio de experiencias nacional e internacional

Resultado No 3: Se cuenta con una propuesta de política de financiamiento y asignación de recursos financieros territorializada, sostenible, diseñada e implementada con criterios de equidad y funcionalidad.

El financiamiento se refiere a la movilización de recursos financieros de los diferentes agentes económicos (gobierno, hogares y empresas), así como la acumulación de dinero en fondos reales o virtuales (v.g., fondos de seguridad social, presupuestos públicos para la atención a la salud, seguros de salud, ahorros familiares) que se asignan mediante una variedad de acuerdos institucionales y de transparencia que miden el involucramiento concreto de los actores participantes.

El financiamiento de la salud o de los servicios de salud, al igual que de cualquier actividad de producción de bienes o servicios sociales, busca cubrir con suficiencia todas las necesidades del proceso de producción para alcanzar las metas deseadas en cuanto a la cantidad y calidad de las prestaciones de salud o de servicios de salud.

La importancia de desarrollar esquemas de financiamiento en el marco de la extensión de la protección social en salud es asegurar la equidad, la regulación de la oferta y la demanda, regulación de la eficiencia, la calidad, la sostenibilidad. Se convierte en el principal elemento cuando se trata de determinar la factibilidad de una determinada intervención sea política,

programa o servicio en el sector salud, en el se expresan las relaciones de poder y los criterios de asignación y gasto que predominan, que se materializan en las prioridades y asignaciones económicas en este caso para el acceso efectivo a una atención integral de salud de calidad.

En este marco, el aseguramiento en salud se convierte en una estrategia privilegiada para asegurar acceso efectivo a servicios de salud integrales, integrados y de calidad. En este sentido, el diseño final va a depender de la forma y capacidad de integración del régimen de salud de la Seguridad Social Ecuatoriana al nuevo sistema nacional de salud. También va a depender de su capacidad de aprovechar los avances del Programa de Aseguramiento en Salud¹⁹ y del ISSFA²⁰, y de asegurar universalización de la seguridad social en salud y la equidad sobre todo vertical con repartición de cargas progresivas con relación a los ingresos de toda la población ecuatoriana.

Tanto el manejo del financiamiento, como la capacidad de articulación y movilización de recursos de varias fuentes, como un esquema de universalización del aseguramiento en salud necesitan de una presupuestación diferente a la actual y que ya está siendo promovida por el Ministerio de Economía y Finanzas que es la presupuestación por resultados plurianual, la implementación de este esquema exige como requisitos imprescindibles sistemas contables por centros de costos, sistemas financieros sólido, personal calificado y gestión transparente que en el sector salud son inexistentes.

Se dará en dos niveles de intervención nacional y territorial y se priorizará de acuerdo a la situación que en este tema exista en el momento de inicio del proyecto.

Este resultado apunta a apoyar los esfuerzos nacionales de operacionalización al nivel nacional, pero sobre todo en los territorios de intervención.

Indicadores estratégicos:

- a. Al menos el 60% de la política de distribución de recursos presupuestarios y financieros de diversas fuentes implementándose en las provincias de intervención.
- b. Al menos el 80% de los recursos financieros concertados se han ejecutado con calidad del gasto en las provincias de intervención.
- c. Al menos 1 propuesta innovadora local de financiamiento para la gestión de los servicios de salud por territorio

Indicadores de proceso:

- a. Propuesta e implementación de distribución de recursos presupuestarios y financieros de diversas fuentes.
- b. Propuesta e implementación de un sistema territorial de presupuestación plurianual por resultados y de financiamiento articulado de diversas fuentes funcionando.
- c. Propuesta e implementación de un sistema de adquisición de compras transparente y eficaz, elaborado y operado en forma electrónica. (Web).
- d. Al menos el 70% de cumplimiento de la rendición de cuentas programadas a diversos actores institucionales y ciudadanía.

¹⁹ Antes Programa de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) y que actualmente se ejecuta de forma parcial en la Subsecretaría de Extensión de la Protección social en Salud del MSP en asocio con los Municipios de Quito, Cuenca y Guayaquil.

²⁰ Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

Actividad estratégica 3.1: Elaborar de forma concertada una propuesta articulada y territorializada de distribución de recursos financieros de diversas fuentes.

Descripción:

En base a la realidades locales se propone que los planes estratégicos de salud y los de cobertura de las microrredes sean costeados con criterios de equidad y calidad del gasto y con co-financiación de las contraparte, en donde los recursos del programa son progresivamente sustituidos y a la vez al interior de cada territorio se reasigne los recursos bajo los mismos criterios y en base a la realidad local, estableciendo flujos financieros entre los diferentes niveles de asignación.

Medios:

- a. Propuesta e implementación de los criterios de asignación de recursos en general y específicamente los financieros por institución y definición de un modelo de asignación territorializado a implementarse y evaluarse a nivel nacional y adaptación a lo territorial
- b. Costeo de planes estratégicos de salud
- c. Costeo de los planes de cobertura de las microrredes territorializados
- d. Propuesta e implementación de convenios de recursos comprometidos por las contrapartes firmados y notariados.
- e. Análisis del financiamiento complementario a los presupuestos de funcionamiento de las unidades del MSP, municipios, IESS, seguro campesino y de unidades municipales y de las consejos provinciales, para determinar umbrales de apoyo financiero que permitan el funcionamiento en red de diversos entes de salud con recursos heterogéneos y documentar el nivel de financiamiento mínimo a fines de contribuir al diseño de la política nacional.
- f. Intercambio de experiencias
- g. Asistencia Técnica

Actividad estratégica 3.2: Diseñar e implementar un sistema de presupuestación y financiamiento plurianual de diversas fuentes con mecanismos transparentes de ejecución para la gestión de salud y de servicios de salud.

Descripción:

El diseño de un sistema de presupuestación plurianual de diversas fuentes exige requisitos básicos que deberán garantizarse como sistema de contabilidad de costos y el diseño del presupuesto por resultados de corto mediano y largo plazo con ajustes anuales en función de indicadores de salud, de cobertura efectiva de bienes y servicios de salud y de prioridades poblacionales como son los grupos de quintil 1 y 2. Se desarrollará nivel nacional, prioritariamente para el territorio intermedio y las microrredes.

Medios:

- a. Diseño e implementación de contabilidad de costos por resultados de salud y de servicios de salud (productos)
- b. Presupuestación plurianual participativa por resultados que considera los recursos críticos del funcionamiento e inversión del sistema de salud territorializado, especialmente de las microrredes
- c. Asistencia Técnica especializada.

Actividad estratégica 3.3: Elaborar y operar un sistema de compras transparente y eficaz de forma electrónica (WEB), de acuerdo al nuevo sistema nacional de compras pública (www.compraspublica.gov.ec) y los nuevos procedimientos financieros establecidas.

Descripción:

Uno de los aspectos críticos es el sistema de compras para la provisión de servicios de salud, por lo que es necesario establecer un sistema y/o acuerdos de cooperación con países que lo tienen, para garantizar la transparencia en el uso de los recursos, pero a la vez generando economías de escala, lo que implica alianzas no solo institucionales sino también territoriales. Está previsto que el nuevo sistema también será adoptado por el programa en el transcurso de los 4 años.

Medios:

- a. Propuesta e implementación del sistema de compras
- b. Intercambio de experiencias
- c. Acuerdos inter-país operacionalizados
- d. Asistencia Técnica especializada para la implementación.
- e. Capacitaciones organizadas por el programa con el apoyo del contable financiero provincial

Actividad estratégica 3.4: Definir, aplicar, monitorear y evaluar la asignación de los recursos financieros y la calidad de gasto de los servicios de salud.

Descripción:

Para establecer la eficiencia, equidad y calidad del gasto no solo de los recursos del programa sino de la co-financiación de las contrapartes es necesario implementar esquemas de monitoreo y evaluación sistemáticos y transparentes. Se concentrará a nivel de territorios intermedio y en los servicios de salud (microrredes)

Medios:

- a. Diseño e implementación del monitoreo de la eficiencia, equidad calidad del gasto en salud del territorio, de cada proveedor y de enfermedades prioritarias al público por diversos mecanismos (WEB, cabildos, etc.).
- b. Asistencia Técnica especializada para la implementación.
- c. Capacitación
- d. Intercambio de experiencias

Actividad estratégica 3.5: Construir y/o consolidar propuestas innovadoras locales de financiamiento y gestión de los servicios de salud.

Descripción:

La innovación en el financiamiento exige modalidades de gestión ligadas al enfoque de protección social en salud como el aseguramiento²¹/ seguros de salud públicos, modalidades de pago a proveedores, diferenciación de las funciones de financiamiento, fondos territoriales, gestión colectiva y/o comunitaria para lo cual las experiencias nacionales e internacionales sean un insumo, el punto de partida será el plan y mapa de cobertura de las microrredes que define el espacio-población de responsabilidad, las ficha familiar, sistemas de contrato de servicios y el seguimiento estrecho de los patrones de utilización de servicios para poblaciones total y específicas (quintil 1 y 2, discapacitados, etc.). Se apoyara al nivel nacional e intermedio.

Medios:

- a. Diseño e implementación de alternativas de financiamiento e instrumentos específicos al nivel nacional, adaptación a los territorios intermedios y/o alternativas particulares a adecuadas a las realidades locales.
- b. Asistencia Técnica especializada

Resultado No 4: Se han mejorado la provisión de servicios de salud con calidad y articulación en las áreas intervenidas en las provincias seleccionadas.

Para que las 5 provincias tengan un buen sistema de servicios de salud de finalidad pública y que jueguen un papel protagónico y de referencia al desarrollo de los servicios de salud nacional, se propone incidir en el adecuado funcionamiento de un sistema integrado de servicios de salud (microrredes).

El número total de microrredes esperada en las 5 provincias será de más o menos 30 (80000 personas por área ampliada y un total de población de 2.408.000), de las cuales al menos 12 será apoyadas totalmente por el programa (dos por provincia y 1 en Pichincha) corresponden a aproximadamente 720000 personas, y 8 (60%) se desarrollarán con financiamiento de las contrapartes

La hipótesis de base es que en el terreno, se puede superar las barreras institucionales entre MSP, municipios, IESS, Seguro Campesino y ONG si se comparte una práctica común, si se discuta de valores y las estrategias operacionales específicas.

Para lo cual, la unidad territorial de base para su diseño de las microrredes serán las parroquias.

Para ejecutar este trabajo, los profesionales experimentados de todas esas instituciones tienen que jugar un papel clave en el proceso de coordinación interinstitucional y de apoyo técnico a los entes de salud. Sus ejes centrales son:

- a. el diseño y la implementación de un plan de cobertura único prioritariamente para los servicios con finalidad pública articulado a las microrredes (primer nivel y segundo nivel)
- b. Priorización de la implementación de las microrredes para ser espacios demostrativos para su expansión en la zona de intervención y nacional, que serán, en lo posible, coincidentes con los territorios del otro componente del programa.
- c. A nivel hospitalario, se identificará los nudos críticos que impiden funcionar como nivel de referencia como organización del apoyo técnico, pasantillas en el hospital

²¹ La experiencia y lecciones aprendidas de la subsecretaría de Extensión de la Protección Social, el Municipio del DMQ / Proyecto salud de Altura y Municipio de Cuenca serán revisadas.

para médicos del nivel primario; además la factibilidad de introducir las consultas a distancia en ambiente WEB y la desconcentración de técnicas del hospital hacia el primer nivel.

Se sugiere considerar los aspectos críticos más relevantes a desarrollar en la construcción de microrredes:

- a. Acceso efectivo y de calidad en la atención de salud
- b. Práctica de la medicina centrada en el paciente
- c. El esquema de enfermería holística, en los hospitales de referencia de las microrredes
- d. Mejoramiento de competencias clínicas polivalentes
- e. Gestión y provisión de medicamentos genéricos (con excepción en el caso del SIDA) con mecanismos de co-gestión entre la/s institución/es proveedora/s de servicios de salud y la comunidad.
- f. Horizontalización e Integración administrativa de la gestión de los programas de atención de salud.

Este resultado es central para el cumplimiento del objetivo general y del específico de salud del programa porque apunta a operacionalizar la política 4 de salud del plan de desarrollo que propone universalizar la cobertura y acceso efectivo a servicios de salud; de la misma manera va a contribuir a la equidad horizontal en términos de atención de salud que al momento actual presenta grandes inequidades.

Indicadores estratégicos:

- a. Al menos 12 sistemas de prestación de servicios (microrredes) diseñadas y ejecutándose en las provincias de intervención.
- b. Al menos el 40% de cumplimiento de las referencias y contrarreferencia del nivel primario al nivel hospitalario y viceversa en las provincias de Carchi, Imbabura, Esmeraldas, Manabí y dos cantones del norte la Pichincha
- c. Al menos el 50% de establecimientos han adecuado sus servicios de atención a las realidades locales y culturales con calidad en las provincias de Carchi, Imbabura, Esmeraldas, Manabí y dos cantones del norte la Pichincha
- d. Al menos el 70% de proveedores de los municipios y consejos provinciales que se han articulado a las microrredes de prestación de servicios.
- e. Al menos en 30% se ha mejorado la utilización de servicios de salud sobre todo de promoción de la salud a nivel de la comunidad y de prevención en todos los grupos de edad (control de crecimiento y desarrollo, de preescolares, escolares, adolescentes, adultos, mujeres en edad fértil, adulto mayor).

Indicadores de proceso:

- a. Al menos el 30% de los admitidos en los hospitales (básicos y generales) son referencias de las microrredes de intervención del programa.
- b. Tasa de admisión hospitalaria en las áreas intervenidas (expresada en proporción de casos admitidos/año/1000 habitantes).
- c. 100% de establecimientos cumplen la norma de licenciamiento
- d. Al menos el 50% de establecimientos de los territorios priorizados han mejorado su capacidad resolutoria de los servicios de salud de acuerdo a las normas nacionales de licenciamiento.
- e. Tasa de partos en las estructuras del MSP
- f. Tasa de vacunación completa
- g. Numero de nuevos casos por habitante por año en las estructuras del MSP

- h. Número de casos nuevos y ancianos por habitante por año
- i. Tasa de ocupación en los hospitales del MSP
- j. Tasa de infecciones post-operativas

Actividad estratégica 4.1: Conformar y ejecutar un sistema de provisión de servicios de salud en microrredes plurales con énfasis en los prestadores públicos.

Descripción:

Incluye el diseño de las microrredes en las provincias de intervención, de acuerdo a:

- a. territorios definidos en base a criterios de la división político administrativa y a criterios funcionales,
- b. elección de los equipos directivos de las instancias de gestión compartida funcionales,
- c. funcionamiento de las microrredes con un financiamiento idóneo desde las instancias de gestión compartida, será estudiado en la marcha del programa,
- d. implementación de investigaciones acción e investigaciones operativas en el campo de organización de servicios, programas de atención integral a la salud, calidad de atención, gestión de recursos,
- e. integración de los servicios de salud del primer nivel de todas las instituciones públicas de salud en las microrredes territorializadas
- f. integración de la red de nivel primario con el hospital de referencia de la microrred
- g. fortalecimiento de su capacidad resolutoria de acuerdo a las normativas nacionales;
- h. racionalización de los servicios de salud en las referencias
- i. reducción de la mortalidad evitables y de las emergencias hospitalarias innecesarias, desarrollo de las funciones técnicas de responsabilidad del hospital.
- j. retroalimentación de los resultados de investigación acción al nivel central del MSP y de AME, CONCOPE, posterior a su evaluación y auditoria, de forma que puedan se institucionalizadas

Medios:

- a. Diseño e implementación de microrredes territorializadas:
- b. Al menos un taller nacional y talleres intra-departamentales para el diseño de las microrredes (con presencia de la asistencia técnica). Las instancias de gestión compartida en colaboración con los consejos cantonales y con el apoyo de los ATN tendrán que definir la población de responsabilidad de cada Unidad de primer nivel de los servicios con finalidad pública.
- c. Seminarios de capacitación alrededor de los 7 aspectos críticos mencionados²²
- d. Intervenciones específicas
- e. Implementación de las supervisiones de las Unidades de primer nivel y del hospital por las instancias de gestión compartida (al inicio con AT).
- f. Asistencia Técnica
- g. Pasantías de aprendizaje clínico en el hospital de referencia de la microrred
- h. Reperfilación de médicos generales a familiares mediante capacitación en servicios (coaching por miembros de las instancias de gestión compartida y del AT-SP, cursillos en servicio, etc.)
- i. Prácticas de capacitación en servicios de salud bien organizados fuera de las zonas de intervención del programa

²²(Acceso efectivo y de calidad en la atención de salud, Practica de la medicina centrada en el paciente, esquema de enfermería holística en los hospitales de referencia de las microrredes, Mejoramiento de competencias clínicas polivalentes; Gestión de medicamentos con mecanismos de co-gestión.; Horizontalización e Integración administrativa de la gestión de los programas de atención de salud

- j. Financiamiento de stock de medicamentos para 2 meses de funcionamiento en las farmacias de las instancias de gestión compartida y algunas de las unidades de primer nivel, dentro del marco financiero previsto, fondos rotatorios en servicios de salud, farmacias comunitarias o municipales en las UO, iniciará el pago por episodio y prepago
- k. Evaluación y auditoría de las intervenciones que se diseñen e implementen de forma que se consoliden, desechen, o sean replicadas en el territorio de intervención y/o a nivel nacional

Actividad estratégica 4.2: Licenciar a los establecimientos públicos y privados con finalidad pública.

Descripción:

El licenciamiento (permiso de funcionamiento) es un instrumento de garantía de la calidad externa de cumplimiento obligatorio de proveedores públicos y privados aplicado de forma exclusiva por el MSP (nivel central e intermedio) para lo cual es necesario disponer de los medios técnicos y financieros para su aplicación. Se lo aplicará tanto con criterios de inversión como de calidad de funcionamiento.

Medios:

- a. Sensibilización a proveedores
- b. Plan de licenciamiento de acuerdo a la norma nacional con los recursos para su aplicación.
- c. Plan de mejoramiento de unidades de salud con finalidad pública (IESS, MSP, municipios, consejos provinciales, ONG, seguro campesino, servicios de las iglesias) para alcanzar los óptimos establecidos por el licenciamiento y sus respectivos recursos y criterios
- d. Movilización

Actividad estratégica 4.3: Fortalecer los procesos de atención integral de salud de primer y segundo nivel según la normativa nacional.

Descripción:

Se buscará mejorar la capacidad resolutoria del primer nivel, de los hospitales básicos y provinciales en sus funciones específicas, la referencia para las 4 especialidades básicas (cirugía, medicina interna, obstetricia/ginecología y pediatría). Implica el análisis del déficit y superposiciones funcionales, asegurando el acceso del paciente referido al nivel que le corresponde de acuerdo a su problema de salud y una referencia útil de atención. Este financiamiento permitirá financiar parte de los gastos de mantenimiento, equipamiento, inversión de fondos semilla, definidos por los planes anuales operativos de las microrredes para los dos primeros niveles de atención.

Por otra parte se apoyará la capacidad resolutoria para la ejecución de actividades de promoción de la salud intersectoriales y al interior de las consultas preventivas, las actividades las curativas con inversión en equipamiento e infraestructuras (rehabilitación) que garantice el mejoramiento de la decisión clínica basada en evidencias.

Al inicio del programa, se definirán criterios de exclusión de gastos (gastos que no podrán ser financiados) y que permitirán un equilibrio y equidad en su ejecución.

La inversión en equipamiento estará dirigida a aquel equipamiento que no sea estructural, al mantenimiento, inversión de fondos semilla, definidos por los planes anuales operativos de las microrredes para los dos primeros niveles de atención.

Las actividades que se implementen especialmente los fondos financieros específicos deberán ser evaluadas y auditadas al finalizar el primer año para establecer la continuidad o para rediseño o ajuste, de todas maneras, estos fondos que se garantizan con la contribución Belga deberán ser progresivamente institucionalizados con recursos de las contrapartes.

Medios;

- a. Fondos financieros especiales de apoyo a las microrredes que serán evaluados y auditados cada año
- b. Supervisión capacitantes de las Unidades de primer nivel por los miembros de las instancias de gestión compartida con apoyo de los AT cuando necesario
- c. Pasantías internas e internacionales
- d. Apoyo científico Auto-análisis y descripción de las actividades de apoyo técnico y científico a las microrredes del programa
- e. Inversiones en transporte, adecuación y rehabilitación de infraestructura mediante co-financiación de contrapartes del programa en función de consolidar la capacidad resolutoria de los establecimientos de primer y segundo nivel.
- f. Diseño e implementación de un sistema de contrato de servicio para garantizar la profesionalización clínica y gerencial con la perspectiva de institucionalizarlos a los que se demuestren exitosos y hayan sido evaluados y auditados.
- g. Implementación de Fichas familiares
- h. Desarrollo de herramientas (como archivos familiares, técnicas reflexivas y programas de control de enfermedades) y técnicas de organización pertinentes (como técnicas de manejo farmacéutico), entre otros basados en investigación acción que serán evaluados y auditados previa su réplica y/o consolidación.
- i. Inscripción /afiliación de las poblaciones de los territorios de las microrredes.

Los cuatro resultados esperados en el objetivo específico de salud tienen una lógica que apunta a:

- Marco estratégico de salud – Resultado 1: políticas públicas
- Modelo de gestión del nuevo sistema de salud- Resultado 2- modelo de gestión
- Modelo de financiamiento del nuevo sistema de salud- Resultado 3: Modelos de financiamiento con equidad
- Modelo de atención – Resultado 4: provisión de servicios de salud de calidad y articulados (redes)

3.3 OBJETIVO ESPECÍFICO DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO

El Objetivo específico del componente agua potable y saneamiento es “Mejorar los servicios de agua potable y fortalecimiento de la gestión sanitaria en las áreas seleccionadas en las provincias de Carchi, Imbabura, Esmeraldas, Manabí y dos cantones del norte de Pichincha”. A continuación describiremos los indicadores, resultados y actividades estratégicas de este subprograma:

3.3.1 Indicadores estratégicos

- a. El inventario está disponible a nivel de los entes involucrados en el sector de agua potable y saneamiento (Gobiernos locales, Municipios, MIDUVI, MSP, ONGs, etc.)
- b. 300 planes de sostenibilidad integrales realizados y el 60% de estos planes implementados a nivel de las JAAPs.

3.3.2 Resultados, Indicadores y actividades esperados del agua potable y saneamiento

Para el logro del objetivo específico de agua para consumo humano y saneamiento del Programa se han definido un conjunto de resultados que se inscriben en un contexto político- económico-social y sectorial de cambios, como uno de los determinantes de la salud de la población.

El MSP, AME y CONCOPE han establecido una estrecha coordinación y consensos a nivel político, técnico nacional y territorial para actuar coordinadamente en esta temática en función de incidir en la salud de los territorios de intervención.

Se proponen cuatro resultados que tienen interconexiones que en su conjunto van a lograr el objetivo final del programa y son:

Resultado No 1: Se ha sistematizado el inventario y diagnóstico de los sistemas de agua potable, saneamiento y de los recursos hídricos en las áreas seleccionadas.

Ahora no existe un inventario de los sistemas de agua potable, saneamiento y de recursos hídricos en las áreas seleccionadas en el medio rural que permitiría a las instituciones nacionales y locales una planificación y priorización de las intervenciones. La información se encuentra muy dispersa y es interés del MIDUVI disponer de esta información sistematizada, para lo cual dispone de un formulario para el inventario que deberá ser validado con las otras instituciones involucradas. El inventario se encuentra en proceso de implementación en algunos sectores por parte del MIDUVI, pero que no han sido contempladas dentro de las 5 provincias previstas en este programa. Es relevante aprovechar de los fondos de este programa para ejecutar el inventario de por lo menos 4 provincias y los dos cantones del norte de pichincha.

Para tener una mejor coherencia del levantamiento de esta información es necesario que exista una armonización entre el MIDUVI, MSP, AME y CONCOPE en cuanto a la preparación de los formularios.

Indicadores estratégicos:

- a. 4 provincias y 2 cantones de pichincha disponen inventarios y diagnóstico de los sistemas de agua potable, saneamiento y recursos hídricos.

Actividad estratégica 1.1: Recopilar la información, procesar y difundir el inventario y el diagnóstico.

Descripción:

- a. Optimización del formulario existente en concertación entre los Ministerios MIDUVI, MSP, AME y CONCOPE
- b. Difusión de la metodología y herramientas del levantamiento de la información a nivel provincial,
- c. Recopilación de la información disponible en Municipios, CPs, y otras instituciones afines privadas y públicas,
- d. Levantamiento de la información,
- e. Procesamiento de la información, sistematización, banco de datos e informe,
- f. Difusión de la información a nivel local y nacional (cartillas e Internet)

Resultado No 2: Se cuenta con las normas, el control y la vigilancia de la calidad del agua.

El control de la calidad del agua en el sector rural es una debilidad latente. Este control es más que marginal, debido a la falta de recursos económicos, de equipamiento y humanos de las instituciones locales encargadas de realizar este control y su sistematización.

Se nota también una falta de una armonización inter-institucional a nivel de las normas, entre el MIDUVI como ente encargado de vigilar la producción del agua y el MSP responsable de la fiscalización de la calidad del agua. Deberá intervenir el INEN para oficializar y difundir las normas vigentes en el país.

Este programa es por lo tanto un marco ideal para realizar esta armonización y armar procedimientos para un control sistemático de la calidad del agua a nivel rural. Permitirá también documentar el diagnóstico dentro del marco de fortalecimiento de las JAAPs (Planes de sostenibilidad integrales) y de hacer recomendaciones para llegar a una eficiente intervención y mejorar la calidad del agua.

Indicadores estratégicos:

- a. Se dispone de una guía de normas de control y vigilancia de calidad del agua de consumo humano
- b. Existe un control y vigilancia periódicos de la calidad del agua de consumo humano en las JAAPs de las zonas de intervención.

Indicadores de proceso:

- a. Se han realizado 900 análisis por año de: PH, Cl residual, coliformes fecales, turbiedad.
- b. Se han realizado 75 análisis físico químico, metales pesados y residuos de plaguicidas y THM por año

Actividad estratégica 2.1: Armonizar y difundir y apoyar la aprobación de las normas de calidad del agua y mecanismos de control.

Descripción:

- a. Armonización de las normas de control de la calidad del agua por parte del INEN, MIDUVI y MSP, considerando los límites máximos y mínimos permitidos por la OPS y OMS,
- b. Publicación de las normas actualizadas de la calidad del agua en análisis físico, químico y bacteriológico (cartillas e Internet).

Actividad 2.2: Vigilar y fiscalizar de la calidad de agua en la 5 provincias del programa.

Descripción:

- a. Conformación de un comité de técnicos provincial que incluya a los municipios y CPs,
- b. Difusión de las normas y capacitación en el manejo de los Kits portátiles a los responsables de ejecutar esta actividad a nivel provincial,
- c. Implementación del control periódico de la calidad del agua en la provincia,
- d. Sistematización y difusión de la información a nivel local y nacional,
- e. Recomendaciones,
- f. Identificación de las necesidades locales para la complementación del equipamiento de los laboratorios existentes y firma de convenio para la socialización del control de la calidad del agua en el medio rural.

Actividad estratégica 2.3: Vigilar y fiscalizar la calidad de agua en las 5 provincias del programa

Resultado No 3: Se ha mejorado la sostenibilidad de los sistemas de agua de consumo humano y se ha fortalecido la gestión sanitaria en las áreas seleccionadas.

El fortalecimiento de las JAAPs permitirá que los sistemas de agua potable en medio rural tengan un buen nivel de sostenibilidad, ya que constituye una línea estratégica clave para la intervención de este sub - programa. La intervención deberá tener un impacto máximo a nivel de las JAAPs, municipios, CPs de las 5 provincias, así como se pretende difundirlo y replicarlo a nivel nacional.

Por lo tanto y con el fin de tener un efecto multiplicador, se establecerá un marco de cooperación institucional y estará organizado con todos los actores claves (MIDUVI, Municipios, CPs, JAAPs) siendo el responsable el MIDUVI, para validar las metodologías, analizar los impactos y capitalizar las experiencias así como canalizar fondos adicionales para completar los planes de sostenibilidad integrales o para elaborar nuevos planes de sostenibilidad en zonas no cubiertas por el programa.

Indicadores estratégicos:

- a. 90% de las JAAPs se encuentran legalizadas y cuentan con personería jurídica ²³

²³ legalización y personería jurídica de las Juntas Administradoras de Agua Potable es competencia únicamente del MIDUVI

- b. Al menos el 10% de las JAAPs fortalecidas en cada una de las áreas intervenidas

Indicadores de proceso:

- a. Se ha armonizado la intervención sobre las JAAPs en las áreas seleccionadas: 30 Personas de instituciones locales y privados están capacitados para intervenir en la conformación y legalización de las JAAPs y los planes de intervención (15 técnicos y 15 sanitarios del MIDUVI)

Actividad estratégica 3.1: Validar la metodología de intervención y fortalecer capacidades locales y JAAPs.

Descripción:

- a. Conformación de un grupo de trabajo (6 técnicos) para la elaboración de la metodología de intervención y herramientas de capacitación,
- b. Difusión de la metodología, herramientas y matrices a las capacidades locales en las áreas seleccionadas de las 5 provincias.
- c. Criterios de selección del personal intervención responsable de la recopilación de información, legalización de las JAAPs y elaboración de los planes de intervención integrales en las áreas seleccionadas de las 5 provincias

Actividad estratégica 3.2: Fortalecer la organización y legalizar las JAAPs y Elaborar 30 planes de sostenibilidad integrales de sistemas de agua potable por área seleccionada.

Descripción:

- a. Levantamiento de la información de campo
- b. Conformación y legalización de al menos el 90 % de las JAAPs existentes en el área seleccionada
- c. Sistematización y selección de las JAAPs a ser fortalecidas
- d. Elaboración de 30 planes de sostenibilidad Integrales
- e. Negociación del financiamiento de los planes de sostenibilidad Integrales a través de otras fuentes de financiamiento
- f. Seleccionar las 20 JAAPs a ser intervenidas
- g. Actividad 3.3: Implementar 20 planes de sostenibilidad (municipio o consejo Provincial)
- h. Descripción
- i. Convenios de intervención y fuentes de financiamiento
- j. Fiscalización y supervisión del MIDUVI provincial
- k. Financiamiento del gobierno de Bélgica (criterios: inversiones menores con un valor añadido mayor, por ej. macro-medidores, fortalecimiento, tratamiento del agua menor, implementación de la oficina, software, herramientas del operador y comparadores de cloro portátiles, turbidímetro).

Actividad estratégica 3.3: Monitorear y Evaluar 30 planes de sostenibilidad Integrales (municipio o consejo provincial).

Descripción:

- a. Elaboración de matrices de Monitoreo y evaluación
- b. Recolección de la información (30 JAAPs)

- c. Sistematización y socialización
- d. Capitalizar y Multiplicar las lecciones aprendidas a nivel nacional
- e. Descripción
- f. Sistematización,
- g. Elaboración de planes de difusión,
- h. Difusión de la información: cartillas, internet, video conferencias, etc.

Resultado No 4: Se ha concientizado a los actores en el rol de los determinantes de la salud como el medio ambiente y conservación del recurso agua en una vida saludable.

Las actividades se ha presentado en términos generales en la presente formulación para que, cada provincias este en capacidad de desarrollar metodologías, herramientas didácticas / de comunicaciones y acciones de sensibilización bien adaptadas a las condiciones específicas de las dichas provincias, con base a experiencias locales en marcha.

El concepto general estará en aprovechar de las numerosas herramientas ya existentes a nivel de instituciones locales y ONGs así como constituir una red de comunicación que al mismo tiempo pueda servir a todos los actores para tener al final un efecto multiplicador de las inversiones del programa.

Indicadores estratégicos:

- a. Al menos 50% de las escuelas seleccionadas se han capacitado y concienciado en los determinantes de la salud como manejo del medio ambiente y conservación del recurso agua de consumo humano.

Indicadores de proceso:

- a. Herramientas de comunicación y capacitación armonizadas.
- b. Talleres de capacitación a profesores

Actividad estratégica No 4.1: Armonizar y unificar las herramientas de información, educación y comunicación

Descripción:

- a. Conformación de un grupo de trabajo interinstitucional que maneje temas relativos a los determinantes de la salud como medio ambiente, salud, agua potable y saneamiento y conservación del recurso agua a nivel de cada provincia,
- b. Recopilación a través del grupo de las herramientas existentes de información, educación y comunicación relacionada a los determinantes de la salud como medio ambiente y conservación del agua,
- c. Selección y complementación de la herramientas de difusión,
- d. Difusión de las herramientas como material didáctico para escuelas, clips publicitarios de radio, afiches,
- e. Talleres de capacitación a profesores.

Actividad estratégica No 4.2: Capacitar a niños y a la población en los determinantes de la salud como el manejo del agua y conservación de fuentes en base a las experiencias locales.

Descripción:

A través de los profesores se capacitará a los niños de las escuelas rurales en el manejo del agua como determinante de la salud, educación sanitaria y conservación de las fuentes.

Campañas de educación a la población a través de medios de difusión locales, con base a las experiencias locales en marcha (clips publicitarios, radio, afiches...).

(Anexo 7.8 – Marco Lógico)

3.4 LOS ORGANISMOS SOCIOS EN EL PROGRAMA

Los actores de la intervención serán principalmente las instituciones locales, que deberán participar dentro del marco de sus competencias institucionales y desarrollar sinergias, para que al final se puedan cumplir los objetivos de la intervención.

Los actores institucionales claves serán:

- a. A nivel nacional
 - el Ministerio de Salud Pública, ente rector
 - SENPLADES, como ente de planificación nacional
 - el MIDUVI, Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda
 - el AME, asociación de Municipalidades de Ecuador
 - CONCOPE Consorcio de Consejos Provinciales
 - CONASA, Consejo Nacional de Salud, para la integración, y/o consolidación de los consejos de salud provinciales y cantonales, los lineamientos para planes estratégicos
- b. A nivel local
 - Los Consejos Provinciales,
 - Las Direcciones Provinciales del MSP, MIDUVI,
 - Los Municipios y áreas de salud que serán seleccionados al inicio del programa.
- c. Los proveedores de servicios de salud con finalidad pública.
- d. Otras instituciones como:
 - Las instituciones involucradas en el tema el manejo del agua, educación sanitaria y conservación de las fuentes colaboraran para llegar a una armonización interinstitucional y unificación de las herramientas de comunicación y capacitación como el Ministerio del Medio Ambiente, el Ministerio de la Agricultura y Ganadería, el Consejo Nacional de Recursos Hídricos, el Ministerio de la Educación y de la Cultura, así como las ONGs.
 - Las instituciones públicas que poseen proveedores en salud como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Seguro Social Campesino, Fuerzas Armadas, Policía.

3.5 VISION A LARGO PLAZO/ VALOR AGREGADO DEL PROGRAMA

Dado el ámbito ambicioso de este programa, es necesario considerarlo en el marco de una visión de largo plazo, como un esfuerzo conjunto y sostenido con las contrapartes nacionales para que sea viable y sostenible, de forma que, las intervenciones realizadas se institucionalicen no solo en el área de intervención del programa sino en el ámbito nacional.

Esta visión es coherente con la Declaración de Paris sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo que se basa en apropiación²⁴; alineación²⁵ no sólo en cuanto al reforzamiento de los propios sistemas existentes, de la capacidad de gestión de las finanzas públicas y de sus sistemas de aprovisionamiento, incrementando el valor del dinero; armonización²⁶, gestión orientada a resultados²⁷ y mutua responsabilidad²⁸; lo que para el Programa significa:

- a. resultados estrechamente relacionado con la política nacional de salud y el régimen de desarrollo, a los cuales el programa, en el periodo de su ejecución, apoya a su consolidación en términos técnicos, organizacionales y de gestión.
- b. Gestión del programa reforzando las estructuras existentes o promoviendo mejoras sustantivas no solo en lo organizacional sino, también en lo administrativo – financiero.

En este marco, se podrá determinar la necesidad de continuidad del apoyo técnico –financiero de la Cooperación Belga en el mediano y largo plazo, lo que significa que;

- a. Existan condiciones para un manejo de los recursos para el perfeccionamiento de los logros obtenidos,
- b. Uso de un esquema diferente y modalidad de intervención en función de ajustes a la planificación de la salud y de servicios de salud en las 5 provincias y/o a nivel nacional,
- c. Existan una estrecha cooperación y coordinación entre los actores clave, control y participación social.
- d. Los recursos seran complementarios a los nacionales y con alto valor agregado.

Los problemas identificados en la salud, agua y saneamiento, así como las orientaciones estratégicas determinan una prioridad al componente de salud; el componente de agua y saneamiento es importante en la medida que se interviene en un determinante de una buena salud, la planificación operacional.

3.6 CONDICIONES PREVIAS

La necesidad de flexibilizar la ejecución debido a las condiciones del contexto nacional y de salud hace que se establezcan las siguientes condiciones previas a la ejecución del programa:

²⁴ Los países socios ejercen una autoridad efectiva sobre sus políticas de desarrollo y estrategias y coordinan acciones de desarrollo.

²⁵ Los donantes basan todo su apoyo en las estrategias, instituciones y procedimientos nacionales de desarrollo de los países socios

²⁶ Las acciones de los donantes son más armonizadas, transparentes y colectivamente eficaces

²⁷ Administrar los recursos y mejorar las tomas de decisiones orientadas a resultados

²⁸ Donantes y socios son responsables de los resultados del desarrollo

- a. Voluntad política del gobierno nacional y de las instituciones contrapartes para poner en marcha y ejecutar el programa.
- b. A través de este DTF las contrapartes se comprometen a la mayor brevedad posible formalizar los compromisos que aseguren el cumplimiento de:
 - La disposición de trabajo conjunto en la ejecución del programa
 - Disponibilidad de técnicos de tiempo completo en los diferentes niveles de intervención del programa.
 - Disponibilidad de recursos financieros para replicar en los mismos territorios de intervención las actividades del programa pero fuera de la influencia del mismo.
 - Disposición de institucionalizar en el ámbito nacional de las experiencias del programa que han demostrado exitosas.

3.7 COMPROMISOS NACIONALES

- a. El MSP se compromete a dar seguimiento a las microrredes e iniciar su implementación en el resto de los territorios de la provincia y en otros territorios del país.
- b. Armonizar con otros proyectos nacionales y de la región en función de sinergias y optimización de recursos técnicos y financieros.
- c. Operativizar los dos componentes en los territorios priorizados de intervención-localización del programa.
- d. Compromiso de co-participación financiera de las contrapartes en todos los resultados y de sustitución progresiva de los recursos del programa.

3.8 PERDURABILIDAD (VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD) DEL PROGRAMA

Como es imposible prever el 100% del futuro en el entorno rápidamente cambiante de la salud debido a la dinámica demográfica, el estado de salud y sus determinantes y al contexto económico-social y político en el país, en momentos en que se pretende implementar un cambio radical en la política pública de salud es necesario tomar previsiones que ayuden al éxito del programa.

La construcción de viabilidad (que puede ejecutarse) y sostenibilidad (que será durable en el tiempo) del programa se desprende de lo anterior porque permite establecer ejes horizontales a los resultados y actividades del programa, siempre que además se consideren los supuestos y se implementen las estrategias de intervención planteadas en el presente documento.

3.8.1 Viabilidad y sostenibilidad política

El escenario político nacional, inexorablemente tiene repercusiones en los niveles locales, y haría suponer que en el futuro mediato, es decir en el tiempo de implementación del programa, tendrá variaciones significativas por los cambios políticos en marcha, lo cual a pesar que sean avances, siempre será un riesgo para cualquier intervención en el ámbito de salud y de sus determinantes (como agua potable y saneamiento).

Sin embargo, existen elementos en el sector salud al nivel nacional y local que pueden permitir viabilizar la ejecución del programa y la sostenibilidad futura de los resultados del programa, como:

- a. El marco legal regulatorio de salud existente
- b. El desarrollo de los gobiernos seccionales en cuanto a planes de desarrollo sostenible y su compromiso con el eje social.
- c. El Plan de Desarrollo 2007-2010 marca la tendencia para un ordenamiento territorial y desarrollo integral descentralizado.
- d. La voluntad política del Gobierno actual para que el eje social sea prioritario, lo que se expresa en el Plan Nacional de Desarrollo y la decisión de construir un sistema nacional de salud integrado articulado con acciones a los determinantes y a los servicios de salud
- e. La Asamblea Constituyente reforzara un estado descentralizado y participativo, que facilitará las alianzas para un proyecto nacional de alineamiento hacia un desarrollo humano sostenible.
- f. El programa se alinea a las políticas nacionales de salud, agua y saneamiento en el marco institucional existente, al que pretende reforzar.
- g. La participación activa, comprometida de todos los actores que bajo un enfoque público orienta y se involucra en el ciclo de desarrollo del programa, para generar legitimidad, estabilidad y acuerdos de corto, mediano y largo plazo para el mejoramiento de la salud del territorio.

3.8.2 Viabilidad y sostenibilidad técnica

En consonancia con la Declaración de Paris, uno de los elementos más importantes a considerar es la viabilidad y sostenibilidad técnica para el programa, para lo cual se considera que los avances en el área de salud como la constitución de los consejos de salud y el nuevo modelo de atención y gestión del sistema de salud favorecen esta viabilidad y sostenibilidad; además están las definiciones actuales de ir hacia un sistema integrado, coordinado entre los diferentes actores del sector, con énfasis en el sector público.

Lo anterior implica que los énfasis específicos del programa sean:

- a. La creación de capacidades institucionales y profesionales de excelencia utilizado tanto el ámbito formal desde la formación, como desde cursos y talleres, investigación-acción sobre temas específicos;
- b. La institucionalización de las lecciones aprendidas en el programa de ámbito nacional, de otros programas y proyectos de salud, así como de experiencias internacionales.
- c. Proceso de sensibilización a diferentes actores para el trabajo interinstitucional de cooperación.
- d. La estabilidad de los recursos humanos en los niveles de conducción gerencial y técnica del programa, es una necesidad esencial.
- e. El fortalecimiento de las JAAPs basado en el concepto de desarrollo e implementación de planes de sostenibilidad institucional, financiera y ambiental.

3.8.3 Viabilidad y sostenibilidad Social

Para construir la viabilidad y sostenibilidad social es muy importante:

- a. La participación y la opinión de los actores locales como el mecanismo más importante de información y decisión sobre todas las fases de desarrollo del programa.

- b. El desarrollo y consolidación de la capacidad organizativa en el marco institucional existente de los actores institucionales y sociales y de su papel en la exigibilidad del cumplimiento de lo programado.
- c. La consolidación y ampliación del espacio de participación y control ciudadano con diferentes espacios de discusión, de diálogo y consensos sobre la intervención en salud y desarrollo como la elaboración de los planes estratégico de desarrollo, de salud, de la cobertura de las microrredes con enfoques que integren la diversidad cultural y que, a la vez, se potencien y aporten a los cambios de enfoque en el escenario nacional.
- d. La conformación y consolidación de los consejos provinciales y cantonales de salud como mandato de la ley del Sistema Nacional de Salud, es otro de los elementos que potencializa la construcción participativa del programa. .
- e. La definición que la organización comunitaria es el interlocutor más importante para el logro de los objetivos del programa que tiene una lógica desde y hacia la población que consolide y evidencie la problemática y respuestas territoriales específicas.

3.8.4 Viabilidad y sostenibilidad Ambiental

Se basa en una relación estrecha de:

- a. El despliegue estratégico del programa.
- b. Identificación de las variables ambientales que afectan la salud y la adaptación de actividades y/o subactividades al medio concreto es parte esencial del programa.
- c. Una atención especial a los desechos derivados de la atención de salud tanto del primer como segundo nivel.

3.8.5 Viabilidad y sostenibilidad financiera

Uno de los elementos centrales de la viabilidad y sostenibilidad del programa es el compromiso de articulación de recursos financieros y técnicos de las diferentes instituciones contrapartes en planes estratégicos de salud generales plurianuales concertados en cada provincia, en los cuales se inserte el programa como un dinamizador de la consolidación de una acción conjunta por la salud basada en la cooperación y articulación y a la vez como facilitador de la institucionalización de las intervenciones positivas del programa

La contribución financiera belga a las actividades del programa deben ser utilizado como un motor para cambiar la situación de los servicios de salud, y para institucionalizar los compromisos financieros y los resultados posterior a la finalización del programa.

De forma general, la construcción plurianual de diversos escenarios de financiamiento de corto, mediano y largo plazo serán utilizados para visualizar los requerimientos de obligatorio cumplimiento de las partes y la sostenibilidad.

3.9 RIESGOS

Los riesgos del programa se derivan de los definidos en el expediente técnico y financiero y se puntualizan cuatro dimensiones:

3.9.1 Cambios en el marco legal sobre el Estado, la salud y condiciones de vida

Un referéndum está previsto para el 28 de Septiembre de 2008, para la aprobación o negación del proyecto de nueva Constitución. El resultado de este referéndum puede influir en el programa, ya que la nueva Constitución redefine las competencias de los distintos actores en el sector de salud.

Si el marco legal refuerza el derecho a la salud y condiciones de vida favorables para modificar el modelo de desarrollo ecuatoriano, se facilitará la ejecución del programa que está en esa línea y el logro de sus resultados sobre todo en cuanto a la articulación de un sistema de salud integrado que actúe sobre los determinantes de la salud y especialmente en los servicios de salud y se expresen en la rectoría, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios

Un elemento vital va a ser el modelo de desarrollo territorial, la descentralización y la participación social y los roles, competencias y recursos que van a asumir el gobierno central y los gobiernos seccionales (municipios y consejos provinciales); aunque haya definiciones claras no se puede excluir que como proceso social exige un gran trabajo de concertación para trabajar a nivel nacional y local.

En todo caso, la pertinencia del Programa seguiría siendo muy grande y su eficacia mayor ya que las lecciones aprendidas y modelos ejemplares implementados podrán ser acogidos para un alcance nacional.

3.9.2 Consensos, alianzas para el desarrollo del programa

A pesar de los esfuerzos de concertación y alianzas para la ejecución del programa, se puede que estos no se logren o de otra parte, que el gobierno central actué de forma vertical sin que el resto de actores sectoriales, gobiernos seccionales y usuarios logren participar, no se apropien ni legitimen esos mandatos.

3.9.3 Inestabilidad del personal capacitado y nombramientos políticos

A fin de garantizar la buena ejecución del Programa, la durabilidad de los resultados obtenidos, y la continuidad e institucionalización de los modelos e instrumentos que se desarrollen, el MSP se compromete a reclutar los recursos humanos necesarios.

Además, es necesario que los recursos humanos técnicos y gerenciales de los territorios de intervención sean estables durante la implementación del Programa y que el MSP tome medidas para garantizar esta estabilidad.

Existe un cierto riesgo que el MSP no pueda respetar este compromiso por falta de recursos humanos disponibles y a veces inexistentes cuando se trata de trabajar en una zona rural alejada.

En este sentido, afectará la institucionalización y la durabilidad del programa en el tiempo, por lo que es necesaria una lectura constante del escenario político y técnico que permita realizar acciones para mantener una profesionalización de la gerencia del nivel operativo de los servicios de salud y de agua potable y saneamiento.

3.9.4 Gestión de financiamiento del Programa

La gestión del financiamiento del Programa plantea acuerdos para que la contribución financiera Belga dinamice y consolide los aspectos técnico-políticos y de gestión del programa, pero que a la vez, los recursos de las contrapartes, haciéndose cargo desde el inicio faciliten la

institucionalización de los resultados del programa. Por esta razón el plan de fortalecimiento institucional es clave.

3.9.5 Riesgo de inadecuados presupuestos por parte de la contraparte

De acuerdo a las nuevas modalidades financieras, cada institución gubernamental tendrá que solicitar una partida presupuestaria antes de junio para el año siguiente. Si esto no se hace en los tiempos previstos existe el riesgo de que no se pueda canalizar los fondos a través del nuevo sistema financiero e-SIGEF y, por consecuencia, que no se puede proceder con la financiación del programa utilizando este sistema antes de 2010²⁹. Particularmente, en 2008, esto constituye un riesgo importante.

3.9.6 Riesgo de falta de transparencia en el uso de los fondos.

Existen dentro de las instituciones ecuatorianas leyes, sistemas financieros y procedimientos para contratación pública que deberían permitir el manejo de fondos de forma transparente; sin embargo el manejo inadecuado de fondos todavía prevalece en algunos sectores del país; por lo tanto, el problema radica, más que en la falta de procedimientos, que en la aplicación de los mismos. Para disminuir este riesgo, el programa (i) promoverá el uso de mecanismos transparentes, lo que justifica responsables financieros reclutados por la CTB a nivel nacional y en cada provincia; (ii) organizara consultorías para mejorar los sistemas de gestión existentes; (iii) organizara auditorías externas para controlar el buen uso de los fondos belgas.

3.9.7 Riesgo de insuficiente capacidad de gestión de las diferentes instituciones;

En general el aporte de la contribución belga no supera el 0,1% del presupuesto total de las instituciones contrapartes respectivas, lo que indica que dichas instituciones están en la capacidad técnica y financiera para gestionar los fondos adicionales previstos por el programa.

Se contempla la modalidad de manejo directo de las instituciones ecuatorianas; lo que es de acuerdo a los Acuerdos de Paris (alineamiento y armonización). Sin embargo, el uso de los sistemas internos puede causar retrasos en la ejecución debido a una excesiva burocratización de los mismos. Como el programa pretende dar una asesoría técnica para el nuevo modelo de gestión de la salud, dinamizar procesos internos y concertar procesos entre diferentes instituciones, será necesario, especialmente durante la fase de arranque, utilizar para gastos específicos (consultorías externas, capacitaciones, asistencia técnica de corta duración) la modalidad del manejo directo por la CTB.

La capacidad organizacional de cada institución con respecto a la gestión de contrataciones públicas según la nueva legislación tanto al nivel central como desconcentrado, **serán objeto de un estudio detallado al inicio del programa**. Este estudio incluirá una apreciación del funcionamiento de una ‘célula’ de mercados públicos dentro de cada institución, existencias de procesos internos descritos e implementados, sistemas de adiestramiento del personal, número de licitaciones por año, informes de auditoría etc. En el caso del Ministerio de Salud Pública a nivel central esta célula será el manejo financiero de otros proyectos.

²⁹ La aplicación de las modalidades financieras nacionales “cooperación financiera” se realizara posterior a un estudio de viabilidad previo, a más tardar a partir del primero de enero de 2010.

El examen de la capacidad institucional tendrá como propósito analizar el riesgo y la definición de la modalidad de financiación por cada tipo de actividad (estudios, asistencia técnica, compras de materiales y servicios etc.). Se podría considerar un programa de capacitación para superar algunas deficiencias dentro de los sistemas existentes.

3.10 MARCO INSTITUCIONAL DEL PROGRAMA

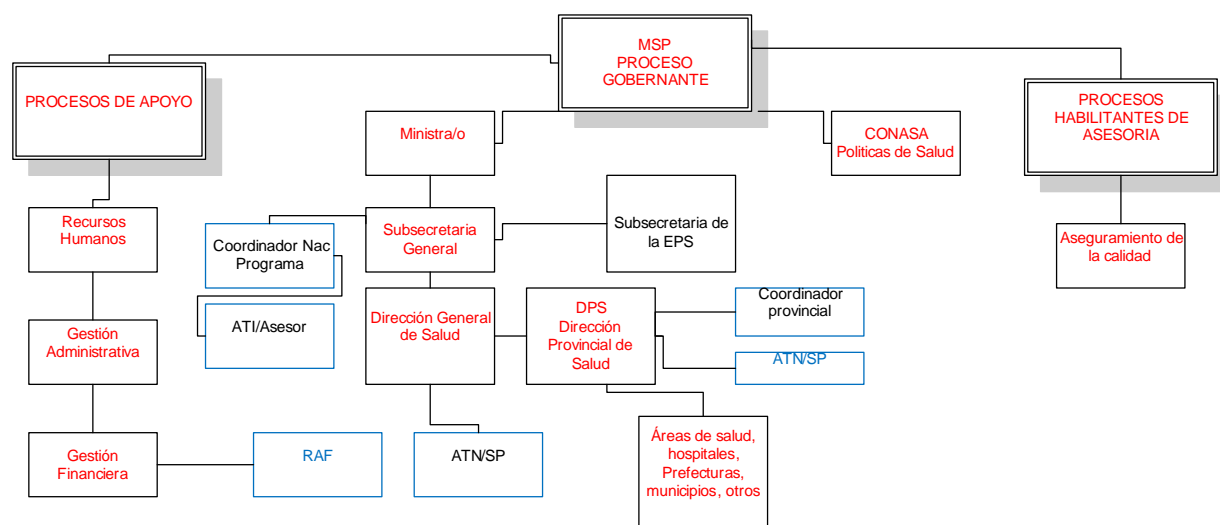
3.10.1 Anclaje dentro de los organigramas de las contrapartes

Según la última versión de la nueva Constitución aprobada por referéndum el 28 de septiembre 2008, serán establecidos en el país 6 regiones autónomas, cada una abarcaría tres provincias. Tres regiones están involucradas dentro del programa: Región 1 (Carchi, Imbabura, Esmeraldas, Sucumbíos), Región 2 (Manabí, Los Ríos y Galápagos) y Región 3 (Pichincha, Santo Domingo de los Tsachilas, Cotopaxi). El rol de los Consejos Provinciales estaría significativamente modificado; mantendrían un papel importante de planificación y coordinación, pero ya no estarían encargados directamente en la ejecución de los presupuestos estatales que serían confiados a los municipios. Así mismo, el rol del ente rector (MSP) se tendrá que afinar dentro de un marco de la propuesta de competencias descentralizadas hacia los municipios.

El programa arrancara teniendo en cuenta las nuevas competencias de las instituciones. En anexo 7.11. Una copia de la nueva Constitución.

A continuación se indica los anclajes institucionales del nuevo programa dentro de los organigramas existentes.

Ministerio de Salud



En Anexo No 7.10 descripción funcional del MSP

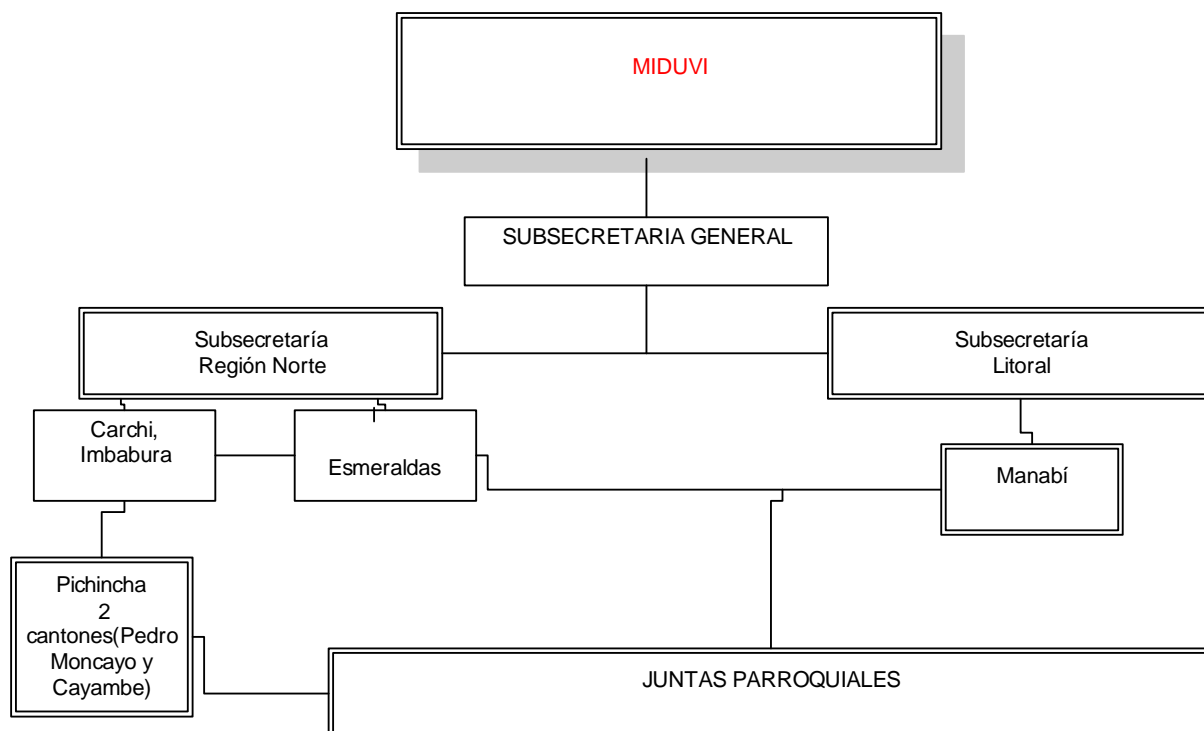
El anclaje principal del programa estará a nivel central en la Subsecretaría General en donde se ubicaran el ATI y el Coordinador. La Subsecretaría General concertara con las direcciones nacionales a través de la Dirección General de salud la implementación del programa. El programa se integrara dentro de las estrategias del MSP definidas dentro del proceso TSS (Transformación del Sector Salud) cuya finalidad es apoyar al establecimiento del nuevo modelo de atención integral y gestión de salud. Una estrecha colaboración será establecida con los insumos proporcionados para este proceso por otros donantes (Programa PASSE financiado

por la UE y la OPS). Asimismo el programa buscara coherencia con la Subsecretaria de Extensión de Protección Social encargada de conducir la rectoría y políticas de la protección social y que fue activamente involucrada en la parte técnica de la formulación del programa.

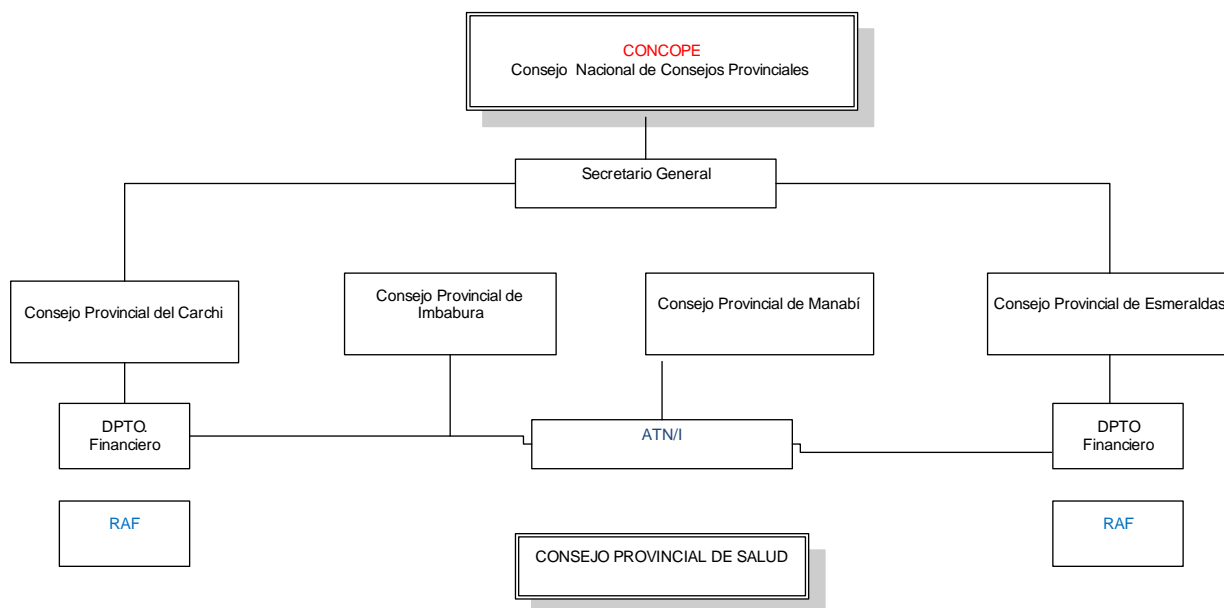
A nivel provincial el anclaje será en las direcciones provinciales de salud en cada territorio intervenido en donde estarán ubicados los ATN SP.

- MIDUVI

El anclaje será a nivel nacional la subsecretaría general y a nivel provincial las direcciones provinciales y a nivel local las Juntas de Agua parroquiales (JAAPS).



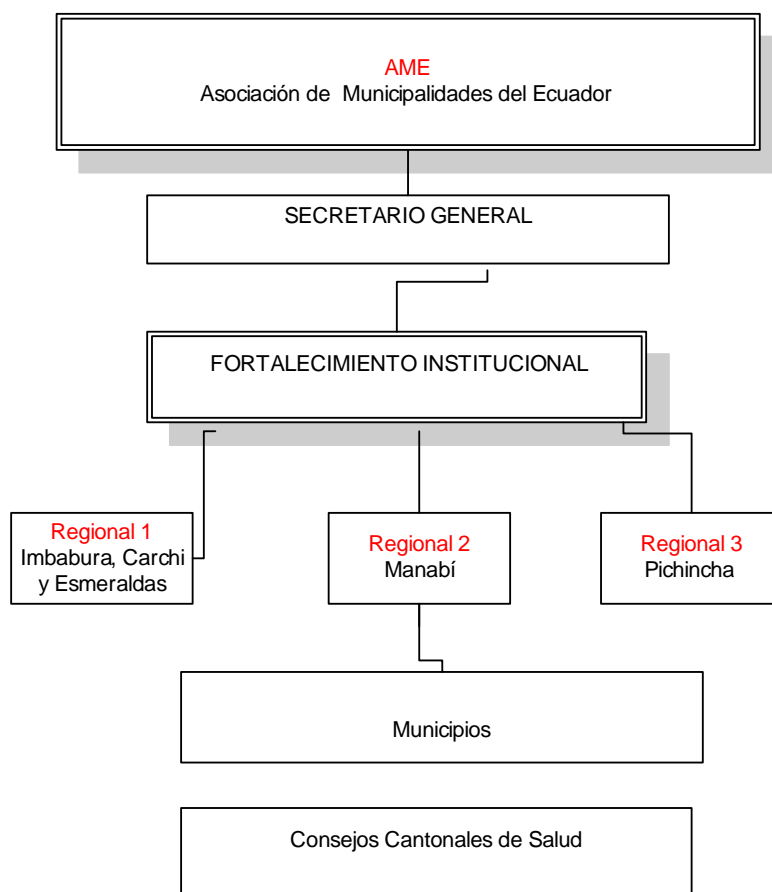
- Consejos Provinciales



Los AT/AI estarán ubicados dentro de las prefecturas de las cuatro provincias. Se podría contemplar que trabajarían en estrecha coordinación con las Agencias de Desarrollo Provinciales en donde existirían (En este momento solamente existe en Manabí).

- Nivel Municipal

En este momento no se prevé un anclaje directo dentro de los Municipios, sin embargo; se prevé que los Municipios jugarán en el futuro un papel más importante en la coordinación de los servicios de salud a través de los consejos cantonales de salud. Después de haber definido las áreas de salud prioritarios para el establecimiento de las redes de salud, se podrá al mismo tiempo conocer los municipios en donde el programa será activo. A continuación el organigrama actual de los municipios.



La cooperación y colaboración interinstitucional se considera como un factor de éxito del programa por esta razón se puntualiza las siguientes:

El MSP, el MIDUVI, los Municipios y Consejos Provinciales establecerán un marco de cooperación en lo referente a:

Establecer políticas e intervenciones que relacionen la salud y el agua, como parte de los determinantes de la salud.

La articulación de sus proveedores de servicios de salud en red, con roles, responsabilidades y compromisos concretos.

La vigilancia de la calidad del agua, el MSP tiene un papel de fiscalizador, el MIDUVI de vigilancia de las operaciones y los Municipios y Consejos Provinciales deberán apoyar a las JAAPs para una adecuada operación y mantenimiento que pueda obtener un agua de calidad acorde a las normas vigentes. Al final, las normas estarán oficializadas al nivel del Instituto Nacional Ecuatoriana de Normalización (INEN).

- El Inventario, en las priorizaciones y en el fortalecimiento de las JAAPs, el MIDUVI, los Gobiernos Provinciales y los Municipios establecerán un marco de cooperación.
- Al MIDUVI le corresponde el papel de vigilancia general, los Municipios están legalmente autorizados de contratar la implementación de los sistemas de agua en medio rural y los Gobiernos Provinciales tendrán un papel importante para reforzar la cooperación inter-institucional y para apoyar financiamientos complementarios de inversiones, en el caso que se requiera para la implementación de planes de sostenibilidad a nivel de las JAAPs.

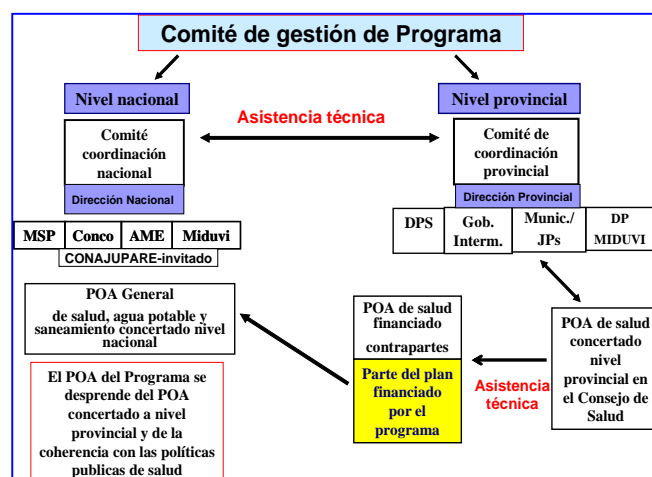
En resumen, como los flujogramas indican, el anclaje institucional en la fase inicial se desarrollara de la siguiente manera:

- El MSP Nacional; la Subsecretaria General
 - Las direcciones provinciales de salud; el director provincial
 - Las áreas de salud; el jefe de área
 - Los consejos provinciales; el prefecto; en algunas provincias la administración puede ser delegado a las agencias de desarrollo
 - A nivel de los municipios; el alcalde
- MIDUVI
 - Nivel Nacional
Anclaje a nivel de la subsecretaria general
 - Nivel provincial
Anclaje a nivel de la dirección provincial
 - Nivel municipios a nivel del Comité director de las juntas (JAAP)

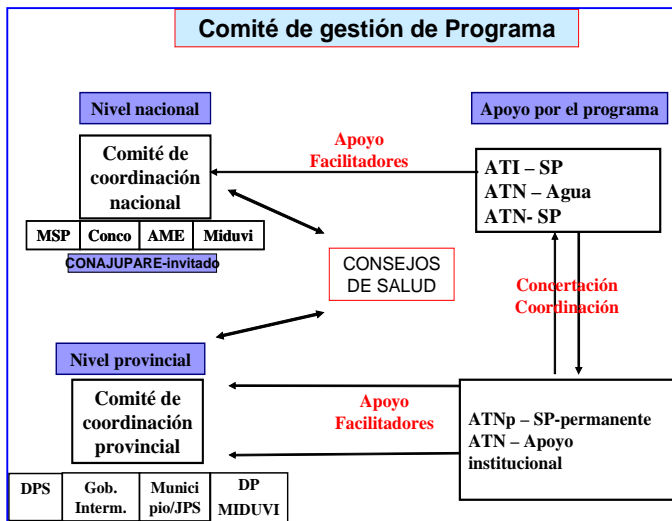
3.10.2 Mecanismos de implementación

El programa funciona anclado a las políticas de salud, de agua y saneamiento vigentes, actúa en función de su fortalecimiento, mejoramiento y operacionalización, por lo tanto, fortalece en la institucionalidad vigente con el objetivo de consolidarla y favorecer la gobernanza y gobernabilidad para sostener los resultados propuestos en el mediano y largo plazo. Se formarán Comités de Coordinación Nacional y Provincial. Su composición y funciones están descritas en el punto 5.2.2

Este mecanismo de Coordinación se visualiza a continuación.



El funcionamiento de los comités de coordinación se visualiza a continuación.

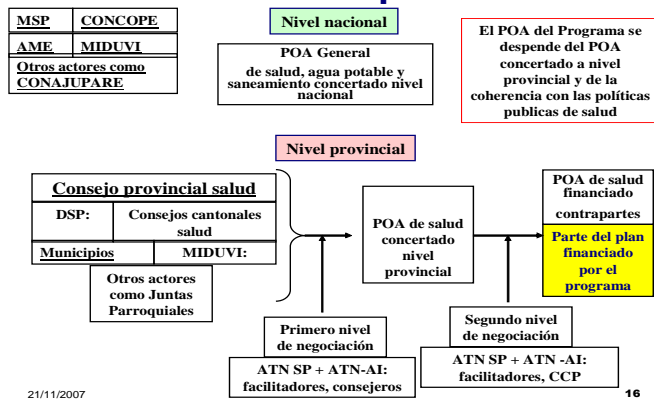


En el primer año, implica que el Programa para su funcionamiento elabora planes operativos anuales (POA) sobre la base de los lineamientos nacionales y territoriales concertados. Los POAs provinciales se elaboran en el seno de los Consejos Provinciales de Salud, o en el caso de los cantones de la provincia de Pichincha, en los Consejos Cantonales de Salud asociados al Consejo Provincial de Imbabura o en mancomunidad de estos cantones. La conciliación de estos planes se hará en los comités de coordinación provincial, que los enviará al comité de coordinación nacional quien hará la conciliación nacional; esta conciliación es el POA del Programa.

En general será muy importante la coordinación y coherencia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio Territoriales que en la mayoría de provincias de intervención del programa ya están definidos. Asimismo se buscará una coherencia con el Plan Nacional de Desarrollo a través de SENPLADES y la AGECI.

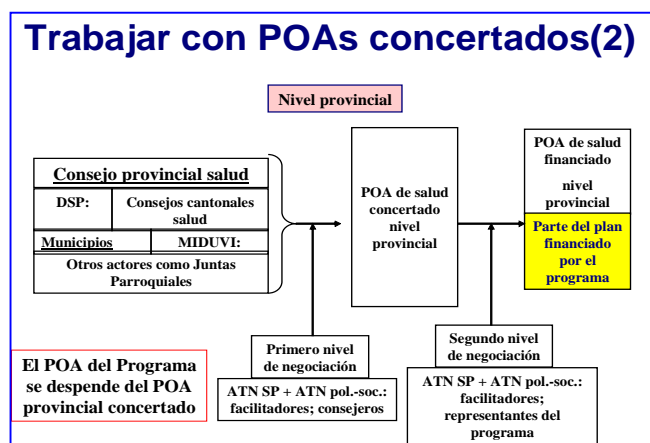
Este será el mecanismo en el primer año, en que se promoverá condiciones técnicas, organizativas y políticas concretas para que en lo nacional sea similar y en los siguientes años se evolucione a una integración completa con los POAs nacionales y provinciales de salud y realmente el Programa sea parte de los mismos. En el caso que los consejos cantonales de salud no se encuentren formados el Comité de Coordinación Provincial del Programa deberá establecer un POA concertado en consenso con otros actores provinciales y/o cantonales y/o parroquiales. El primer año se desarrollara como sigue:

POAs concertados primer año:

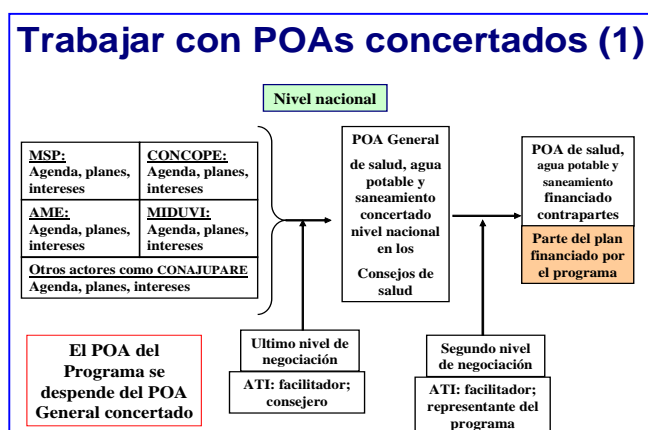


Para los años siguientes, si las condiciones técnicas, organizativas y políticas en lo nacional se han creado, la forma de establecimiento de los POAs será como se muestra en el gráfico siguiente, propiciando que se perfeccionen hasta que se institucionalicen de forma permanente tanto a nivel nacional como provincial. Esta perspectiva lo que permite es que los Planes Operativos Nacionales del Sistema de Salud concertados sean el marco en donde el Programa opera sin necesidad de un POA específico del programa como el primer año. La factibilidad y durabilidad de este sistema de coordinación será evaluado después de un año de ejecución.

En el marco de las políticas nacionales emitidas por la SENPLADES y del MSP se propone trabajar formulando los POAs concertados desde el nivel provincial, los mismos que se consolidan y armonizan a nivel nacional. A nivel provincial se propondría trabajar como sigue:



A nivel nacional sería como se muestra a continuación:



Para la implementación de las acciones con responsabilidad de las instituciones nacionales, se deberán elaborar acuerdos, basados en planes operativos concertados de fortalecimiento interinstitucional, aprobados por el Comité de Gestión, que serán asesorados en su elaboración por SENPLADES, AGECI, MSP, MIDUVI, AME y el CONCOPE, para garantizar que se enmarquen en la política nacional. Dichos acuerdos tienen como objetivo que cada institución se comprometa a trabajar de una forma concertada y coordinada, y que luego en el transcurso del programa se logre un consenso entre los actores dentro del marco del nuevo modelo de atención y gestión, con el objetivo de crear condiciones para una atención de calidad estandarizada. Esto formaría la base de un sistema menos fragmentado, en el cual cada institución tome medidas para mejorar la calidad de los servicios, en consulta con el ente rector (MSP), como por ejemplo los sistemas de compras, sistemas de pagos por servicios, el uso de fichas de diagnóstico y tratamiento, para que de esta forma se pueda disminuir el costo de las intervenciones y lograr una mayor cobertura y calidad. Se considera que este mecanismo aportará a la articulación real de las acciones de las instituciones para contribuir al Programa.

Para que el programa pueda funcionar de esta forma será indispensable la inclusión en el presupuesto de las instituciones contrapartes, montos correspondientes a su aporte al nuevo modelo de atención y de gestión integral como detallado en el punto 4.3.3

3.11 CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

Para la estructuración del cronograma se considera las actividades esenciales al inicio del programa y el desarrollo de los resultados y actividades de los dos componentes del programa, aunque no es un cronograma definitivo, se orienta a una lógica con la finalidad de obtener sus resultados finales, por lo que se especifican fases de ejecución que de acuerdo a la naturaleza de las mismas podrían ejecutarse de forma paralela.

3.11.1 Fase 1 con una duración máxima de un año

Las actividades esenciales para el primer año son:

- a. Consolidación del Comité de Gestión del Programa
- b. Conformación del Comité de Coordinación Nacional del Programa
- c. Conformación de los Comités de Concertación Provincial del Programa
- d. Nombramiento del Coordinador Nacional del Programa

- e. Contratación de la asistencia técnica internacional y nacional; además de los asistentes financieros nacionales y provinciales.
- f. Revisar los avances realizados por las contrapartes y ajustar de ser necesario las actividades previstas en los dos componentes
- g. Apoyo a la formulación participativa de los planes operativos globales nacionales y territoriales del sistema de salud y de las microrredes; en este marco establecer el detalle operativo del programa a nivel nacional y provincial
- h. Establecimiento del plan operacional anual detallado por provincia en el cual se armonicen y alineen las actividades del programa.
- i. Definición de territorios (Áreas de Salud) prioritarias en cada provincia para la implementación de los microrredes según criterios acordados por las contrapartes
- j. Definición de los compromisos presupuestarios detallados con el Ministerio de Salud Pública, la Asociación de Municipalidades del Ecuador AME, el Consorcio de Consejos Provinciales del Ecuador CONCOPE y en la fase de implementación, se establecerán los compromisos con los municipios, Direcciones Provinciales de Salud, Áreas de Salud y Consejos Provinciales donde se desarrollarán las actividades más específicas.
- k. Definición del mecanismo financiero definitivo del programa
- l. Preparación e implementación de línea de base del Programa
- m. Ajustar la Planificación Operativa y Financiera del programa al marco cuatrimestral para armonizar con los lineamientos operativos nacionales del MEF (Ministerio de Economía y finanzas) y facilitar la gestión financiera en la modalidad regie y ecuatoriana.

(Anexo 7.9 – Cronograma)

Se prevé una fase inicial de seis meses aproximadamente; durante este período se nombrará el Coordinador Nacional y el ATI. Se prevé que el coordinador nacional y el ATI serán nombrados más o menos al mismo tiempo. Sin embargo, si esto no fuese posible, el coordinador nacional, en consulta con el comité de gestión, puede proceder al reclutamiento del otro personal previsto para el programa.

El personal administrativo/financiero manejado por la CTB puede reclutarse antes de que las modalidades de financiación ecuatorianas sean definidas. Sus TdR serán adaptados a cualquier situación nueva que pueda presentarse durante la fase de cambio institucional en el país. El recurso humano ecuatoriano será reclutado en base a las normas nacionales existentes y su ubicación salarial estará en los rangos establecidos por la SENRES (Secretaría Nacional de Recursos y Salarios).

3.11.2 Planificaciones anuales

Como no se sabe con exactitud cuando el programa de salud podrá iniciarse, no es seguro que la planificación del programa durante el primer año (2009) pueda efectuarse de forma integrada con el proceso de planificación de las instituciones. Está previsto que las planificaciones y la elaboración de los POAs concertados se llevarán a cabo al mismo tiempo que las planificaciones de las instituciones contrapartes, normalmente hasta el 30 de junio de cada año, con posibilidades de revisión hasta el mes de septiembre. En 2008, la posibilidad existiría que las planificaciones puedan ser incorporadas hasta noviembre 2008.

En el caso de que estas planificaciones no se realicen el programa en 2009 no podrá contar con los insumos financieros de la contraparte y tendrá que iniciarse con la modalidad ‘manejo CTB’.

Sin embargo, en 2009 se prevé la inclusión del programa en las agendas y los presupuestos de los Ministerios ejecutores como también de los Consejos Provinciales y los Municipios;

De todas formas, en 2008, como no hay previsiones en el presupuesto del estado para el programa específicamente, el mismo tendrá que arrancar según la modalidad manejo directo CTB.

Tomando en cuenta el ciclo de planificación gubernamental ecuatoriana, la elaboración de los POAs concertados se hará dos veces al año; en junio/julio para el año siguiente, con posibilidad de revisión hasta septiembre del mismo año. Esta planificación tendrá que ser aprobado por el comité de gestión y luego inscrita en el presupuesto del estado.

La planificación financiera se realizara cuatro veces por año, coincidiendo con el calendario de planificaciones de la CTB y del Ecuador.

4. RECURSOS NECESARIOS

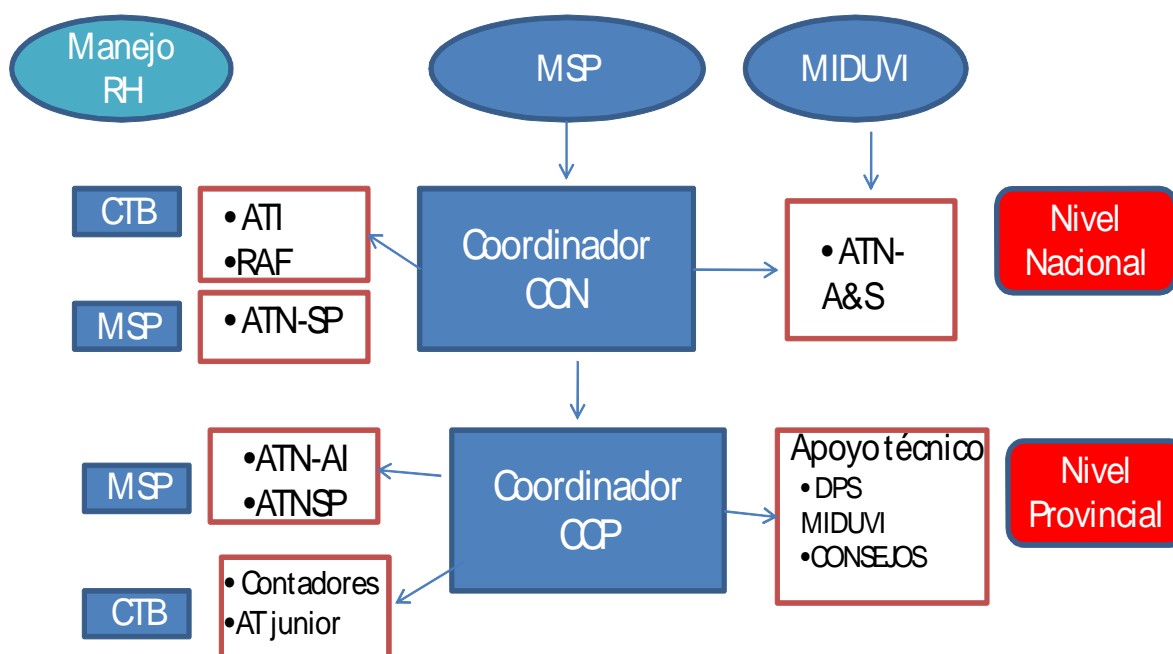
Para la estructura de ejecución y gestión del programa que se visualiza a continuación, las contrapartes del nivel estratégico, el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda (MIDUVI), la Asociación de Municipalidades del Ecuador (AME), el Consorcio de Consejos Provinciales del Ecuador (CONCOPE) han establecido los recursos, humanos, materiales y financieros necesarios para el funcionamiento del programa.

4.1 RECURSOS HUMANOS

4.1.1 Coordinador Nacional y Provincial

Un Coordinador de Programa será designado y se seleccionará en base a criterios definidos por el Comité de Gestión. Será un miembro de la Subsecretaría General del MSP, su ámbito de acción será nacional, su designación será aprobada por el Comité de Gestión. Presidirá el comité de coordinación nacional; será apoyado por la asistencia técnica internacional (ATI) y nacional de salud pública (ATN SPN) y agua – saneamiento (ATN AS); garantizará la coordinación interinstitucional en primer lugar con las contrapartes del Programa (MIDUVI, AME, CONCOPE, CONAJUPARE) y con otros actores nacionales e internacionales. Sus funciones serán las de coordinar todos los aspectos relacionados con la ejecución del programa. El coordinador ejercerá su función a tiempo completo y estará ubicado en el MSP.

En cada provincia un Coordinador Provincial será designado. Será un miembro de la Dirección Provincial de Salud que se seleccionará en base a criterios técnicos, su designación será aprobada por el Comité de Gestión, presidirá el comité de coordinación provincial y será apoyado por la asistencia técnica provincial de salud pública (ATN-SPP) y de apoyo institucional (ATN-AI).



Con financiamiento del programa se contará con:

4.1.2 Asesoría técnica internacional

La experticia técnica internacional será a través de un experto técnico internacional (ATI) de alto nivel de competencia y con una gran experiencia, de por lo menos 15 años, de manera que pueda aportar un valor agregado a las competencias y la experiencia de los miembros de las contrapartes durante los 4 años de intervención. Tendrá altas competencias técnicas, en salud pública (organización de servicios y sistemas de salud) y en economía de la salud pero igualmente en los aspectos de manejo de recursos humanos y de construcción de equipo. Estará anclado institucionalmente al nivel del MSP central (Subsecretaría General) y apoyará directamente al Coordinador del Programa y al comité de coordinación como descrito en capítulo de modalidades de ejecución.

Se tratará no solo de un apoyo directo al MSP en cuanto a la identificación y la planificación de políticas de salud y a la elaboración de normas, sino también; al fortalecimiento de su papel de rectoría y de regulación. Este apoyo apuntará en particular al proceso de la creación gradual de las microrredes de salud en sus actividades de investigación acción en las 5 provincias del programa. Eso no excluye apoyar también al MSP en sus intervenciones en otras regiones del país en el marco de sus responsabilidades nacionales.

El ATI procurará mejorar y hacer más productiva las relaciones entre los miembros del MSP y entre los entes al nivel nacional, en particular entre MSP, CONASA, AME, CONCOPE y MIDUVI entre otros, mediante la diseminación de criterios técnicos de planificación sanitaria y diseminación al nivel nacional de los resultados de colaboración al nivel local. Participará del comité de coordinación a nivel nacional para identificar con todos los actores los planes operacionales anuales (POA) concertados a nivel nacional. Estará continuamente en contacto estrecho con los ATN que están ubicados en las provincias identificadas para la intervención y utilizará este vínculo privilegiando el fortalecimiento de la colaboración entre el nivel central y el nivel operacional del MSP, como también de los otros actores involucrados en el programa.

El ATI tendrá una visión global y multidimensional de la salud pública y comunitaria, de la economía de la salud, de la socio-antropología y la comunicación. Desarrollará vínculos estrechos con los equipos responsables de otros proyectos bilaterales entre Ecuador y Bélgica con los cuales buscará sinergias de acción

4.1.3 Asesoría técnica nacional (ATN)

Hemos visto más arriba que la planificación a todos los niveles del sistema de salud es insuficiente. Dada esta debilidad y dada la extensión geográfica del Programa, se justifica la presencia de una asistencia técnica nacional y la participación de interlocutores al nivel de cada provincia. Es deseable que estos asistentes técnicos sean integrados a cada institución al final del programa.

La asistencia técnica nacional para salud será durante 4 años, bajo la forma de 4 asistentes técnicos provinciales (ATN/SPP) teniendo competencias médicas y en salud pública y un 1 profesional de salud pública para el nivel nacional (ATN/SPN) con 10 años de experiencia en organización de sistemas locales de salud y particularmente en organización de servicios con finalidad pública de primero y segundo nivel.

El Asesor Técnico de Salud Pública Nacional ATN/SPN (1) es un elemento clave para apoyar la implementación del Programa, específicamente en la articulación con el resto de estrategias nacionales que se implementen en el marco de la reforma sectorial en marcha y de

soporte a los ATN provinciales, garantizando con el ATI una atención y evaluación sistemática a los territorios de intervención, estará ubicado en la Subsecretaría General.

Al nivel provincial, 2 tipos de asistentes técnicos están identificados: Se trata de un profesional de salud pública y de un asistente técnico llamado “apoyo institucional” con un perfil de economista o sociólogo. Serán seleccionados según un procedimiento concertado y aprobado por el Comité de Gestión.

Los Asesores Técnicos de Salud Pública Provinciales ATN/SPP (4) serán los responsables de la asesoría técnica del programa al nivel provincial, son verdaderos promotores de las actividades a ejecutar, especialistas de la salud pública, agua y saneamiento y con un gran sentido de iniciativa y motivación. El apoyo de los ATN-SPP a las DPS consiste en el traslado de sus competencias en materia de análisis de investigación, de animación, de formación, de dialogo comunitario y de dialogo con los servicios sanitarios y su personal. Fortalecerá la colaboración entre el MSP y los otros actores al nivel provincial y cantonal.

Los ATN-SPP asegurarán el monitoreo de las IA (investigación-acción) llevadas en las regiones apuntadas por el programa y la transmisión de la información mediante intercambios entre regiones (DPS) y DGMS. También, podrán ser llamados a intervenir al nivel de las otras provincias en las que realiza la intervención y al nivel central.

Fortalecerá la colaboración entre los consejos provinciales de salud y los otros actores al nivel provincial y cantonal y particularmente con la DPS.

Los Asesores técnicos de apoyo institucional ATN-AI (4) asegurarán el monitoreo de las investigaciones-acción llevadas en las regiones de intervención del programa y la transmisión de la información mediante intercambios entre regiones y los actores al nivel central. También, podrán ser llamados a intervenir al nivel de las otras provincias en las que realiza la intervención y al nivel central. Serán anclados físicamente a nivel de la “Prefectura” (Consejos Provinciales). Se valorara su pertinencia en base a la definición de necesidades al inicio del Programa.

El Asesor técnico nacional del programa especialista en Agua y Saneamiento (1), su localización es nacional en la estructura del MIDUVI, pero su trabajo será también en las provincias.

4.1.4 Otro apoyo técnico

Se prevé complementar el apoyo de la Cooperación Belga, con la participación de asistentes júnior (**AJ**) en cada provincia, de preferencia los AJ se vincularán a las instituciones contrapartes. En lo posible serán personal voluntario especialista en los ámbitos técnicos del programa. Trabajarán a nivel de las áreas de salud que serán definidas en la primera fase del proyecto.

De acuerdo a nuevos requerimientos y desarrollo del programa se podrá contar con el Fondo de Peritaje de la Cooperación Belga.

Puesto	Anclaje
ATI	MSP (Subsecretaría General)
ATN/SP (1)	MSP (Dirección General)
ATN/ A&S (1)	MIDUVI (Subsecretaría General)
ATN RAF (1)	CTB/inicio del Programa
Chofer	CTB/inicio del Programa
ATN/SPP (4)	DPS

ATN/AI (4)	Consejo Provincial (Prefecto)
Contadores (4)	DPS
AT Júnior	Área de salud (Jefe de área)

(Anexo 7.11 – Términos de referencia)

4.1.5 Aporte técnico de las contrapartes

Tanto al nivel nacional como en cada provincia, los actores/instituciones contrapartes (MSP, MIDUVI, Consejos Provinciales) pondrán a disposición del programa un técnico de carrera para la asistencia técnica y ejecución de las actividades del programa y trabajaran en coordinación estrecha con las oficinas regionales de los actores/instituciones y otras organizaciones públicas y privados implicados en el programa.

Estos profesionales serán nombrados al inicio del programa; sus funciones serán esencialmente de apoyar todos los procesos del programa en coordinación con los CCN y CCP y con los ATs puestos a disposición para el programa. Estarán anclados así: MSP; en la Subsecretaría General; MIDUVI, en la Subsecretaría General; Consejos Provinciales, en los Consejos Provinciales de Salud

4.1.6 Apoyo administrativo – financiero

Al nivel nacional: Un responsable Administrativo y Financiero Nacional (RAF) estará inicialmente ubicado en la CTB. Según la evolución del nuevo sistema financiero su ubicación puede ser redefinida por el Comité de Gestión (AGECI o MSP). El RAF podría evolucionar a tener un rol de asesor a la gestión financiera del MSP y las otras contrapartes para asegurar la calidad del gasto (su rol será dar apoyo a las licitaciones para el programa, apoyo a los informes financieros de todo el programa, promover sistemas transparentes y efectivos financieros y contables, (con asistencia técnica especializado), y apoyo al implementación del nuevo sistema financiero.

Al nivel provincial

El Programa en cada provincia (cuatro) será apoyado por un contable administrativo, para el manejo de los recursos. Serán seleccionados según un procedimiento concertado y aprobado por el Comité de Gestión. Físicamente estarán ubicados en las Direcciones Provinciales de Salud, los mismos que proporcionaran las condiciones de trabajo funcionales para el desempeño de sus actividades. Se considera que este apoyo es necesario para el programa sobre la base de la necesidad de reforzar las capacidades de administración financiera y contable del sector salud en el nivel intermedio y local. Este apoyo incluye: la preparación de los informes financieros de acuerdo a los requisitos tanto de la CTB (modalidad CTB), como del nuevo sistema financiero ecuatoriano, como también en general la promoción del uso de sistemas financieros, contables y administrativos adecuados y transparentes. Anualmente será revisada la necesidad de un aporte financiero para el proyecto.

4.2 RECURSOS MATERIALES Y EQUIPAMIENTO

Los recursos materiales y equipamiento están considerados en cada sub-componente, es decir en sus resultados y actividades.

4.3 RECURSOS FINANCIEROS

El presupuesto del programa es de 14'000.000 de Euros, se ha determinado que el mayor peso de las acciones del mismo, estará en el Objetivo Específico de salud para el logro de sus resultados y actividades, como se muestra a continuación.

No	Contenido	Monto en euros	%
1	Componente salud	8,407,140	60.1
2	Componente agua y saneamiento	2,200,000	15.7
3	Reserva presupuestaria	195,800	1.4
4	Medios generales	3,197,060	22.8
	Total	14,000,000	100

Un principio que el Programa ha considerado importante posicionar es que el financiamiento de la cooperación Belga es solamente complementario al presupuesto que las entidades nacionales y locales involucradas establecen para el desarrollo de estos componentes, por lo que en la fase de arranque inicial del Programa, se establecerán los compromisos presupuestarios detallados con las contrapartes y en la fase de implementación, se establecerán los compromisos con los Municipios, Direcciones Provinciales de Salud y Consejos Provinciales donde se desarrollarán las actividades más específicas.

La programación detallada de las actividades de los resultados de cada componente del programa se harán en el plan operativo anual durante el mes de junio de cada año, por lo tanto, los montos establecidos son indicativos y serán precisados en la planificación operativa de cada año buscando el reforzamiento de la operacionalización e implementación de la política nacional e institucionalidad existente en el sector salud, agua y saneamiento.

4.3.1 Descripción del presupuesto de salud

R1: Se cuenta con un conjunto de políticas que garanticen el ejercicio del derecho a la salud integral. Se situó un total de 540.000 Euros, de los cuales el 10 % será para el nivel nacional y el 90% al nivel provincial, lo que permitirá la realización de:

- a. **Act. 1.1** Proponer y concertar en forma participativa un conjunto de políticas que garanticen la aplicación del ejercicio del derecho a la salud con énfasis en el área rural-82,000 euros.
- b. **Act. 1.2** Identificar, concertar y estructurar mecanismos de aplicación de políticas nacionales de salud en los territorios de intervención –458,000 euros.

En los primeros años serán mayores los gastos de este resultado, para descender en los 2 últimos.

R2: Modelo de gestión de salud y de servicios de salud definido e implementado en las áreas intervenidas, con involucramiento de los actores. Se estableció el 10% del presupuesto que equivale a 1'166 600 Euros, de los cuales se asignará un 18% será al nivel nacional y el 82% al nivel provincial, servirá para:

- a. **Act. 2.1.** Diseñar, concertar e implementar el modelo de gestión participativo de salud y de servicios de salud en los territorios priorizados – 46.400 euros.
- b. **Act. 2.2** .Apoyar la definición, concertar roles y funciones en salud y en servicios de salud entre diferentes niveles de gobierno – 50,400 euros.
- c. **Act. 2.3.** Operativizar y racionalizar el sistema de información de salud para la toma de decisión de manera territorial e integral – 234,000 euros.
- d. **Art. 2.4.** Diseñar e implementar el monitoreo y evaluación del desempeño del sistema de servicio de salud – 258,000 euros.
- e. **Act. 2.5.** Implementar mecanismos de participación y control social en la gestión de salud y de servicios de salud –113,800 euros.
- f. **Act. 2.6.** Definir e implementar un Programa de fortalecimiento institucional de apoyo al modelo de gestión – 464.000 euros.

R3: Se cuenta con una propuesta de política de financiamiento y asignación de recursos financieros territorializada sostenible diseñada e implementada con criterios de equidad y funcionalidad. Se ha presupuestado 1.014.340 Euros de los cuales se asignará un 20% para las actividades nacionales y 80% para las actividades provinciales. Se financiará:

- a. **Act. 3.1** Elaborar de forma concertada una propuesta articulada y territorializada de distribución de recursos financieros de diversa fuente – 58.320 euros.
- b. **Act. 3.2** Diseñar e implementar un sistema de presupuestación y financiamiento plurianual de diversas fuentes con mecanismos transparentes de ejecución para la gestión de salud y de servicios de salud – 280.800 euros.
- c. **Act. 3.3** Elaborar y operar un sistema de compras transparente y eficaz de forma electrónica (WEB) – 138.00 euros.
- d. **Act. 3.4** Definir, aplicar, monitorear y evaluar mecanismos de asignación de los recursos financieros y la calidad de gasto de los servicios de salud - 192.000 euros.
- e. **Act. 3.5** Construir y/o consolidar propuestas innovadoras locales de financiamiento y gestión de los servicios de salud – 345.220 euros.

R4: Se han mejorado la provisión de servicios de salud con calidad y articulación en las áreas intervenidas en las provincias seleccionadas. Se asignó 5´686.200 Euros, de los cuales el 2% será para lo nacional, el resto, 98%, se concentra en las provincias de intervención para:

- a. **Act. 4.1** Conformar y ejecutar un sistemas de provisión de servicios de salud en microrredes plurales por provincia con énfasis en los prestadores públicos en las provincias del programa (menos Pichincha, con 1) - 2'599.360 euros.
- b. **Act. 4.2** Licenciar a los establecimientos públicos y privados con finalidad publica – 273.064 euros.
- c. **Act. 4.3** Fortalecer los procesos de atención integral de salud de primer nivel y segundo nivel según la normativa nacional – 2'813.776 euros.

(Anexo 7.4 – Presupuesto General)

Se presenta el siguiente cuadro resumen en cuanto al manejo presupuestario del Objetivo específico en Salud del Programa por resultado:

Resultado	Monto en Euros	%
R1: Se cuenta con un conjunto de políticas que garanticen el ejercicio del derecho a la salud integral.	540,000.000	6.4
R2: Modelo de gestión de salud y de servicios de salud definido e implementado en las áreas intervenidas, con involucramiento de actores.	1,166,600.000	13.9
R3: Se cuenta con una propuesta de política de financiamiento y asignación de recursos financieros territorializada sostenible diseñada e implementada con criterios de equidad y funcionalidad.	1,014,340.000	12.1
R4: Se han mejorado la provisión de servicios de salud con calidad y articulación en las áreas intervenidas en las provincias seleccionadas.	5,686,200.000	67.6
Total	8,407,140.000	100.0

(El detalle en el anexo 7.5)

Adicional al presupuesto asignado para el componente de salud está el monto previsto para **Asistencia Técnica** internacional y nacional, el monto asciende a 2.035.200 euros

4.3.2 Descripción del presupuesto del componente de Agua Potable y Saneamiento

El Componente de agua potable y saneamiento para las áreas seleccionadas del sector rural de las provincias de Carchi, Esmeraldas, Manabí, Imbabura y el norte de Pichincha (Pedro Moncayo y Cayambe) contempla una inversión de 2,5 millones de euros por parte del Gobierno de Bélgica para los 4 años previstos en el programa, a lo que se sumará el aporte de la contraparte nacional en cuanto a su capacidad instalada y talentos humanos de las instituciones participantes (MIDUVI, MSP, Consejos provinciales y Municipios). El presupuesto de intervención ha sido desglosado en 4 resultados, además de la asistencia técnica nacional e internacional, cuyo detalle consta en el Anexo del Presupuesto y describe a continuación por componentes:

Resultado 1: Sistematización del inventario y diagnóstico de sistemas de agua potable, saneamiento y recursos hídricos en las áreas seleccionadas (260.000 euros).

Resultado 2: Se cuenta con las normas, el control y la vigilancia de la calidad del agua (226.000 euros).

Resultado 3: Mejoramiento de la sostenibilidad de los sistemas de agua para consumo humano (1'566.000 euros).

Resultado 4: Concientización a actores en el rol de los determinantes de la salud como el medio ambiente y conservación del recurso agua en una vida saludable (148.000 euros)

Se presenta el siguiente cuadro resumen en cuanto al manejo presupuestario del Objetivo específico en Salud del Programa.

Resultado	Monto en Euros	%
R1: Sistematización del inventario y diagnóstico de sistemas de agua potable, saneamiento y recursos hídricos en las áreas seleccionadas	260.000	11.8
R2: Se cuenta con las normas, el control y la vigilancia de la calidad del agua	226.000	10.3
R3: Mejoramiento de la sostenibilidad de los sistemas de agua potable	1'566.000	71.2
R4: Concientización a actores en el rol de los determinantes de la salud como el medio ambiente y conservación del recurso agua en una vida saludable.	148.000	6.7
Total	2' 200.000	100

(El detalle en el anexo 7.6)

Asistencia Técnica: Están previstos técnicos nacionales y 6 misiones internacionales de 3 semanas por lo que se asigna 300.000 euros.

(En Anexo 7.7 el detalle del presupuesto del programa)

4.3.3 Descripción de los aportes indicativos al Programa por resultado y por modalidad financiera

Se estima con cifras indicativas el aporte de las contrapartes nacionales por componente como parte de sus presupuestos anuales; montos que se precisaran en el transcurso de cada año (junio) para el año siguiente. La contribución nacional de las contrapartes cubre los gastos de personal y funcionamiento de sus instituciones en el nivel nacional, provincial y local. Las contrataciones de responsabilidad del Programa están definidas en el DTF.

Para el MSP un monto importante está previsto en sus presupuestos de 2008-2010 (1.044.721.400 USD). Los aportes del programa serían utilizados para complementar los esfuerzos nacionales. A nivel de las provincias los montos siguientes están previstos para 2008:

<u>Nacional</u>	Actores implicados	Montos asignados 2008
	MSP	234.455.532
	MIDUVI	
<u>Provincia</u>	Actores implicados	Montos asignados 2008
Esmeraldas	Consejo Provincial/	15.680.380,00
	DPS	14.884.669,21
Manabí	Consejo Provincial/	28.000.000,00
	DPS	41.595.884,53
Carchi	Consejo Provincial/	9.000.000,00
	DPS	7.391.605,69
Imbabura	Consejo Provincial	14.399.353,51
	DPS	15.509.697,74

Los presupuestos a los que se hacen referencia, corresponden al inicial asignado para cada provincia durante el año 2008, sin tomar en cuenta las estrategias de acción institucional. No se encuentra determinado el grupo de gasto, por tanto no existe un monto específico para el programa.

La situación ideal que se pretende lograr es que se desarrolle un plan estratégico de salud que se integre armónicamente tanto en lo técnico como financiero en los planes del gobierno.

5. MODALIDADES DE EJECUCION

5.1 MARCO LEGAL Y RESPONSABILIDADES

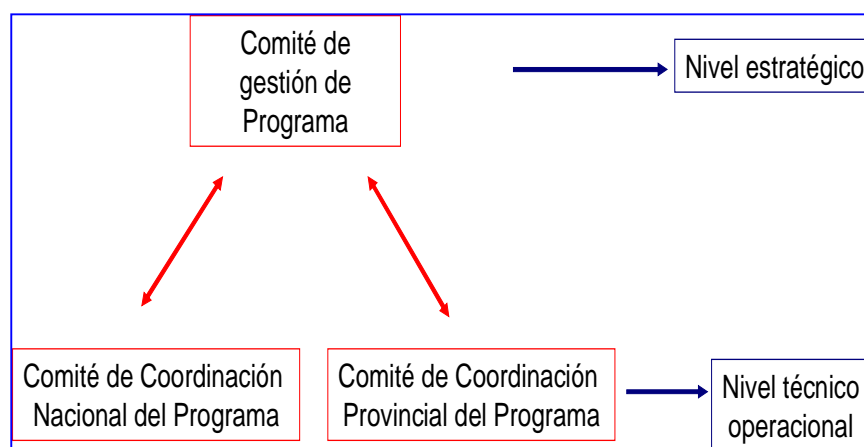
ADMINISTRATIVAS

El marco legal será fijado por el convenio específico relativo a la intervención, firmado entre la República del Ecuador y el Reino de Bélgica.

Por parte del Gobierno del Ecuador la *Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional (AGECI)* es el organismo tutelar del programa. La AGECI delega las responsabilidades técnicas de coordinación y seguimiento al *Comité de Gestión del Programa*.

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

5.2 ESTRUCTURAS DE EJECUCIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA



5.2.1 Estructura de gestión estratégica: el comité de gestión del programa (CGP)

5.2.1.1 Mandato del comité de gestión del programa

El Programa funcionará bajo la responsabilidad del *Comité de Gestión del Programa*. 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. Este Comité se concentra en alcanzar el objetivo específico del programa gracias a la realización de sus resultados. Su papel también es dar solución a los problemas que no pueden resolverse a niveles operativos. El comité de gestión del programa es el sitio principal para la aplicación estratégica de la validación de las responsabilidades mutuas) entre los socios.

Lo anterior, debido a que el programa será ejecutado a través de diferentes instituciones, según las competencias y tareas especializadas de los actores, respetando el mandato y responsabilidades de

los diferentes actores dentro del marco institucional vigente, reforzando de esta manera la institucionalidad nacional y provincial.

5.2.1.2 Composición del comité de gestión del programa

La composición del comité de gestión del programa es la siguiente:

- a. Representante del MSP que será la Subsecretaría General (SG) representante al MSP³⁰ y sea a la vez estructura sede del comité de gestión del programa.
- b. Representante del MIDUVI que será Subsecretaría de Agua Potable, Saneamiento y Residuos sólidos³¹.
- c. Representante del CONCOPE
- d. Representante del AME, que será el/ la delegada de la Dirección de Gobiernos Locales y Cooperación Externa.
- e. Representante de la SENPLADES
- f. Director Ejecutivo del AGECI
- g. Representante Permanente de la CTB – Quito

Cada Institución podrá delegar su representante a las reuniones del comité de gestión, lo que se comunicará con 24 horas de anticipación a la AGECI.

Estará presidido por el Director Ejecutivo de la *Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional (AGECI)*³².

5.2.1.3 Tareas principales del comité de gestión del programa

Las tareas principales del comité de gestión del programa son las siguientes:

- a. Aprobar el Documento Técnico y Financiero del Programa
- b. Asegurar el pilotaje del programa.
- c. Asegurar la puesta en marcha del funcionamiento de la coordinación nacional y de las coordinaciones provinciales
- d. Supervisar la ejecución de los compromisos asumidos por las Partes.
- e. Evaluar el estado de avance del programa y el alcance de sus resultados.
- f. Aprobar los informes técnicos y financieros semestrales y los planes de actividades del programa.
- g. Aprobar los ajustes ó eventuales modificaciones de los resultados intermedios, respetando siempre el objetivo específico y el presupuesto fijados en el Convenio Especifico y asegurando la factibilidad del conjunto de las acciones.
- h. Hacer llegar las recomendaciones estimadas necesarias a las autoridades competentes de las dos Partes.
- i. Resolver los problemas de gestión relativos a los recursos financieros, humanos y/o materiales o a la interpretación del DTF.
- j. Aprobar el informe final y cerrar el programa.

³⁰ Hasta el momento el Dr. Jorge Cueva, la Dra. Diana Zabala y las Dra. Elvia Romero han sido el equipo avalizado por la Sra. Ministra de Salud para representar al MSP en la definición del programa.

³¹ Estructura que ha conformado un equipo de trabajo con tres profesionales perteneciente a la Dirección de Evaluación y Formulación de Proyectos planta central

³² Es una instancia adscrita al SENPLADES, será la entidad ejecutora del Sistema Ecuatoriano de Cooperación Internacional, integrado a su vez por los ministerios, las organizaciones no gubernamentales internacionales, los gobiernos seccionales y demás actores que tengan relación con la gestión de fondos del exterior que no sean reembolsables.

5.2.1.4 Funcionamiento del comité de gestión del programa

Los miembros deberán nombrar sus representantes alternos en caso de ausencia de los titulares. Estos alternos deben tener la capacidad de la toma de decisiones

El Comité de Gestión se encuentra por primera vez en los tres últimos meses después de la firma del Acuerdo Específico y luego se reunirá en forma ordinaria por lo menos dos veces al año en una de las sedes del programa de su elección y / o cuando lo solicite unas de las partes se llamará a una reunión extraordinaria

El Comité de Gestión se encuentra también no más tarde que tres meses antes de la terminación del Acuerdo Específico (o tres meses antes de la terminación de las actividades, si esto es planeado antes del final del acuerdo específico).

Las decisiones se adoptarán por consenso de los miembros plenos y deberán constar en el Libro de Actas del comité de gestión.

La AGECI se encargará de la secretaría del Comité de Gestión. La agenda y toda la documentación relacionada serán enviadas a los miembros del Comité por lo menos dos semanas antes de cada reunión

El acta será redactada durante la reunión y firmada por todos los miembros al final de la reunión

Ninguno de los miembros del Comité de Gestión recibirá remuneración por su participación en las reuniones.

Los costos operacionales relacionados con las reuniones estarán a cargo del Programa

5.2.2 Estructuras de gestión operacional al nivel nacional: el comité de coordinación nacional del programa (CCNP)

5.2.2.1 Mandato del comité de coordinación nacional

El “Comité de Coordinación Nacional del Programa” (CCNP) actúe como ente facilitador principal del Programa entre los actores. El CCNP coordinará sus actividades con el CONASA (Consejo Nacional de Salud).

Garantiza la coordinación operativa de las actividades del programa que se desarrollan a nivel nacional y garantiza el vínculo con los Comités de coordinación regionales, logrando una buena coordinación entre las actividades ejecutadas tanto a nivel nacional como a nivel provincial.

5.2.2.2 Composición del comité de coordinación nacional

La Subsecretaría General (SG) del MSP será la sede del comité de coordinación nacional del programa.

Este comité está integrado por:

- a. Delegado permanente de la Subsecretaría General (SG) del MSP que será el Coordinador Nacional del Programa y presidirá el Comité.
- b. Delegado permanente de la Subsecretaría de Agua Potable, Saneamiento y Residuos sólidos del MIDUVI,
- c. Delegado permanente del CONCOPE,
- d. Delegado permanente de la Dirección de Gobiernos Locales y Cooperación Externa del AME,
- e. Los dos asistentes técnicos al nivel nacional.

Mientras está vigente la modalidad “règie”, en el Comité, el ATI asume la responsabilidad administrativa y financiera del programa para su ejecución por cuenta de la CTB, bajo la autoridad del representante residente de la CTB. Se prevé que con la nueva modalidad financiera que se aprobará a más tardar para 2010, el rol del ATI será más de asistencia técnica.

Será invitado, si se requiere, el responsable administrativo y financiero y el delegado permanente de la CONAJUPARE (Consortio Nacional de Parroquiales del Ecuador).

5.2.2.3 Tareas principales del comité de coordinación nacional

Las tareas principales del comité de coordinación nacional del programa son los siguientes:

- a. Elaboración del plan estratégico nacional costeadado, integrando todas las actividades de las zonas de intervención, explicitando los compromisos de financiamiento y otros recursos de los diferentes actores
- b. Análisis de coherencia entre las actividades del programa, políticas y estrategias nacionales e impulsar el alineamiento en base a propuestas específicas.
- c. Coordinación con actores institucionales, otros proyectos de cooperación internacional para armonización y trabajo conjunto.
- d. Presentación de ajustes sobre los POAs y planes financieros con el debido soporte técnicos al Comité de Gestión en base a las demandas de los comités de coordinación provincial.
- e. Monitoreo y evaluación de planes aprobados,
- f. Garantizar la gestión y el seguimiento administrativo y financiero periódico del programa, en colaboración con los Comités de coordinación provinciales.

5.2.2.4 Funcionamiento del comité de coordinación nacional

- Reuniones mensuales del CCNP

La toma de decisión se hace por consenso, como en el comité de gestión del programa.

5.2.3 Estructuras de gestión operacional a nivel provincial: los comités de coordinación provinciales del programa (CCPP)

5.2.3.1 Mandato de los comités de coordinación provinciales

En cada provincia serán los “Comités de Coordinación Provincial del Programa” (CCP) quienes tendrán a su cargo el manejo cotidiano del programa al nivel de la provincia. Se aprovechará la existencia de los Consejos Provinciales de Salud para garantizar la coordinación institucional. Para el caso de los cantones de la Provincia de Pichincha la coordinación se hará a través de sus consejos cantonales de salud.

En el curso del desarrollo del programa se intentara que el mismo se armonice y se integre a la propia estructura gerencial del MSP y de los gobiernos seccionales en el marco de la reforma del sector que el actual Gobierno está definiendo y que pretende un mejoramiento gerencial y operacional en todos los niveles y funciones del sistema de salud.

5.2.3.2 Composición de los comités de coordinación provinciales

Este comité está integrado por:

- a. Delegado de la DPS correspondiente del MSP que será el coordinador provincial del programa, representante del coordinador del programa,

- b. Delegado permanente de la DPS correspondiente del MIDUVI,
- c. Delegado permanente de Gobierno Intermedio correspondiente, en el Comité de Imbabura se incluirán los municipios de Cayambe y Pedro Moncayo o se propiciara una mancomunidad de los dos cantones.
- d. Delegado permanente de los Municipios priorizados.
- e. Los asistentes técnicos provinciales y nacionales

En el marco de estos Comités provinciales, el ATI puede delegar a los ATN-SP su responsabilidad de gestión administrativa y financiera del programa al nivel provincial.

5.2.3.3 Tareas principales de los comités de coordinación provinciales

Las tareas principales de los comités de coordinación provinciales del programa son los siguientes:

- a. Elaboración del plan estratégico de los territorios intervenidos costeados, integrando todas las actividades, explicitando los compromisos y recursos de los diferentes actores,
- b. Análisis de coherencia entre las actividades del Programa, políticas y estrategias nacionales e impulsar el alineamiento en base a propuestas específicas desde el territorio,
- c. Coordinación con actores institucionales, otros proyectos de cooperación internacional para armonización y trabajo conjunto en cada territorio,
- d. Presentación de Ajustes de POAs y planes financieros al Comité de coordinación nacional en base a las demandas y resultados del monitoreo de los planes estratégicos de cada territorio,
- e. Monitoreo y evaluación de planes aprobados en cada territorio,
- f. Garantizar la gestión y el seguimiento administrativo y financiero periódico del programa al nivel provincial, en colaboración con el Comité de coordinación nacional

5.2.3.4 Funcionamiento de los comités de coordinación provinciales

- a. reuniones mensuales del CCPP
- b. reuniones trimestrales entre el CCNP y los CCPP en cada provincia de una forma rotatoria.

La toma de decisión se hace por consenso, como en el comité de gestión del programa.

5.2.4 Apoyo y Seguimiento Científico

El Programa prevé el seguimiento técnico científico del programa por un equipo de las dos instituciones nacionales y de una institución internacional con experiencia comprobada en organización de servicios y sistemas de salud con finalidad pública.

Este apoyo consiste en una reflexión continua entre todos los actores del programa y expertos externos en el proceso de apoyo técnico para la ejecución de las iniciativas de investigación-acción. Las actividades identificadas en el cuadro del programa permitirán financiar adicionalmente numerosas u otras misiones de experticias puntuales complementarias.

En el componente agua se ha previsto en viaje de estudio e intercambio de experiencias entre las instituciones belgas correspondientes y de alta competencias en este campo que se presupuestan de forma específica.

Finalmente los expertos de la CTB en Bruselas tendrán la ocasión de apoyar activamente el programa.

5.3 GESTIÓN FINANCIERA

5.3.1 Generalidades

Las modalidades descritas en los párrafos siguientes se aplicaran durante el primer año, los proyectos serán desarrollados en modalidad «régie» y evolucionaran hacia las modalidades financieras nacionales a más tardar a partir de enero del 2010 sobre la base de un estudio de viabilidad previo. Lo anterior, por supuesto, es en el espíritu de funcionar con toda transparencia y en co-decisión y que «régie» sea, sobre todo, una modalidad administrativa – financiera.

A nivel financiero, los fondos podrán administrarse en dos modalidades:

- a. según el sistema de gestión de la CTB, bajo la responsabilidad de la CTB (modalidad “régie”)
- b. según el sistema de gestión del socio ecuatoriano, bajo su responsabilidad (modalidad “cooperación financiera”).

Al comienzo del programa, se administrarán todos los fondos según la modalidad “régie”. Por esta razón, el presupuesto de la intervención vinculado a este expediente técnico y financiero informa que todas las líneas presupuestarias están en “régie”.

En el menor tiempo posible durante el transcurso del programa, se utilizara la modalidad de “cooperación financiera”.

Desde el inicio de 2008, el gobierno ecuatoriano ha adoptado un nuevo sistema de gestión financiera pública. (Conforme el artículo 172 de la ley orgánica sobre la administración financiera y el control de los gastos públicos). Este sistema de administración financiero (E-sigef) tiene las siguientes particularidades:

- El sistema busca transparentar los manejos de dineros de sueldos, transferencias y contrataciones;
- Manejo de fondos de forma electrónica centralizada en el Banco Central;
- La cuenta ‘única’ es obligatorio para todos los ministerios y entidades públicas; cuentas separadas o cuentas manejadas directamente por los ministerios no están permitidas.
- Obligación para todas las agencias de cooperación internacional de transferir fondos a través del Banco Central utilizando el sistema E-sigef.
- Gastos en función de planificaciones aprobadas durante el año anterior y apertura de espacios presupuestarios por parte del MEF;
- Exigencia de tener una planificación a tiempo;
- Sistema de autorización de pagos por parte de las distintas instituciones nacionales.
- Cuentas específicas serán aperturadas para las cooperaciones internacionales.

El comité de gestión decidirá del paso de “régie” hacia la modalidad de “cooperación financiera” en la gestión financiera de algunos fondos del programa, sobre la base de una evaluación del funcionamiento del sistema de gestión financiera nacional durante los primeros meses del programa. Este análisis incluirá:

- Evaluación de la madurez y calidad del nuevo sistema;
- Definición de los responsables financieros, ordenadores y co-ordenadores de gasto,
- El mecanismo de transferencias de los fondos a las diferentes contrapartes
- Sistema de autorizaciones de pagos y giros a los proveedores de servicios;

- Capacidad de las contrapartes para dar los informes necesarios a la CTB para la transferencia de los siguientes plazos;
- Mecanismos de control presupuestario y de gestión de ejecución financiera;
- Sistema de registrar los gastos y de contabilidad;
- Manejo de riesgos fiduciarios;
- Sistemas de control interno;
- Organización y definición de términos de referencia para auditorías externas

El paso de “régie” a “cooperación financiera” podrá hacerse a priori en cada provincia, máximo, a partir, del primero de enero del 2010 sobre la base de los resultados del estudio de viabilidad previo.. Al mismo tiempo la modalidad directa continuará para actividades puntuales.

Se prevé que la modalidad de “cooperación financiera” será aprobada por el comité de los socios (COPASOC) en el transcurso del año 2009.

Al comienzo del programa, los procedimientos de gestión financiera de la CTB serán aplicados en su totalidad de acuerdo al presupuesto del programa. Como se describe a continuación:

5.3.2 Cuentas bancarias y firmas autorizadas

La contribución belga se pondrá a disposición del programa mediante cuentas bancarias, abiertas a partir de la firma del convenio de ejecución:

- a. una cuenta principal en EUR y una en USD ubicadas en Quito
- b. cuentas provinciales en USD, en función de las necesidades operativas.

Estas cuentas se colocarán en instituciones bancarias ecuatorianas.

Las cuentas provinciales se abastecerán a partir de la cuenta principal.

Estas cuentas se administrarán según los procedimientos internos de la CTB, que imponen la firma conjunta y la presencia en cada provincia de una persona contratada por la CTB y elegida bajo los procedimientos CTB, para aprobar cada gasto a partir de estas cuentas (véase capítulo sobre la gestión del personal).

5.3.3 Gestión presupuestaria

El presupuesto del proyecto define las limitaciones financieras bajo las cuales las actividades del proyecto se implementan. Sobrepasar el presupuesto total de la intervención está prohibido.

En caso de que un aumento presupuestario fuese necesario, una solicitud justificada para este aumento debe introducirse ante el Estado belga después de haber recibido el acuerdo del Comité de Gestión. Si Bélgica acepta la solicitud se procede a un canje de notas reversales entre los dos gobiernos para confirmar el acuerdo.

La línea de reserva presupuestaria debe utilizarse para actividades del proyecto. Antes de poder utilizar esta línea presupuestaria, el comité de gestión del programa deberá aprobar una solicitud de cambio presupuestario que justifique el empleo de la reserva presupuestaria.

Todo cambio presupuestario no puede ser aplicado mientras no se haya aprobado por la sede de la CTB y posteriormente por el Comité de Gestión del programa. Éste basa su decisión en una

propuesta de cambio presupuestario debidamente justificado y validado por un Comité de coordinación provincial, o por el Comité de coordinación nacional, en función del origen de la solicitud.

Los cambios presupuestarios que pueden aceptarse son los siguientes:

- a. Ajuste de la estructura del presupuesto (aumento de una línea presupuestaria);
- b. Transferencia de fondos entre líneas presupuestarias (de la misma modalidad o no);
- c. Utilización de la reserva presupuestaria.

La gestión de cambio presupuestario debe hacerse según los procedimientos de la CTB. Al arranque del programa, un presupuesto por provincia y un presupuesto a nivel nacional deberán establecerse.

5.3.4 Transferencias de fondos

5.3.4.1 Transferencias hacia la cuenta principal del programa

Transferencia hacia la cuenta principal del programa

Primera transferencia:

Al inicio del programa, a partir de la firma del convenio de ejecución, un pedido de fondos será presentado a la CTB Bruselas por la representación de la CTB en Quito. La cantidad debe corresponder a las necesidades de funcionamiento de los primeros tres meses, aprobados por el Comité de Gestión.

Transferencias siguientes:

Con el fin de recibir los fondos siguientes, el ATI, según una base de decisión común en el comité de gestión, consolida las necesidades trimestralmente en base a la planificación definida por los comités de coordinación nacional (ATI) y provinciales (ATN-SP) y presenta un pedido de fondos a la CTB al inicio del mes que precede el trimestre siguiente.

Este pedido de fondos es firmado por el Representante Residente y el ATI.

La cantidad solicitada es igual a las necesidades estimadas para el trimestre siguiente, más una reserva del siguiente trimestre.

La transferencia de fondos se hará solamente si las condiciones siguientes están cumplidas:

- a. El informe contable del trimestre que precede al pedido, ha sido enviado a la representación de la CTB en Quito y se encuentra aprobado por la CTB Quito,
- b. La programación financiera actualizada ha sido enviada a la representación de CTB en Quito,
- c. El volumen de fondos no es superior al saldo presupuestario.

En situaciones especiales, el programa puede hacer un pedido de fondos anticipado, justificando las razones.

5.3.4.2 Transferencias hacia las cuentas provinciales del programa

Con el fin de recibir los fondos, el ATN-SP realiza una planificación trimestral y presenta un pedido de fondos al ATI, al inicio del mes que precede el trimestre siguiente.

5.3.5 Informaciones financieras

5.3.5.1 Contabilidad

Mensualmente, la contabilidad debe elaborarse y aprobarse según los procedimientos de la CTB. La contabilidad debe ser firmada para acuerdo por el responsable del proyecto (ATI). La contabilidad que debe enviarse a la Representación de la CTB por parte del ATI y RAF será la contabilidad en el sistema FIT que incluye: Las fichas electrónicas que han sido enviadas por los contadores de cada provincia, los justificativos y los extractos de cuentas bancarias y arqueos de caja chica. Además contendrá también los gastos nacionales del programa.

5.3.5.2 Programación financiera

Cada trimestre, el ATI consolida la programación financiera para el trimestre en curso y los años siguientes, basándose en la información de los diferentes CCPP, de acuerdo a los POA'S aprobados. La programación financiera se hace según los procedimientos de la CTB y es enviada a la representación de la CTB a Quito, usando el sistema FIT (Financial Information Tool)

El ATN-SP realiza una planificación trimestral al nivel provincial según los mismos procedimientos.

5.3.5.3 Informaciones financieras al comité de gestión del programa

En cada reunión del comité de gestión del programa, el proyecto debe presentar la siguiente información financiera:

- a. informe de ejecución presupuestaria
- b. actualización de la programación financiera
- c. lista de compromisos importantes
- d. Apreciación de los saldos bancarios
- e. estado de pagos realizados por la sede CTB
- f. propuestas de cambio presupuestario en caso necesario
- g. plan de acción vinculado a las recomendaciones de la auditoría financiera

5.4 SEGUIMIENTO Y MODALIDADES DE INFORMACIÓN

5.4.1 Línea de base del programa

La línea de base del programa y el sistema de seguimiento de los resultados del programa por indicadores se terminarán durante el primer año de ejecución, bajo la responsabilidad de los asistentes técnicos, en estrecha colaboración con todos los socios del programa.

Dentro de lo que cabe, se velará por utilizar indicadores resultantes del seguimiento del sistema de salud. El trabajo de elaboración de la línea de base del programa podrá dar lugar a un mercado público.

Con el Apoyo de las instituciones, los ATN provinciales de cada provincia, serán responsables de implementar el sistema de seguimiento interno del programa, que constituirá la base para la elaboración de los informes y así dar el seguimiento a los indicadores técnicos, sociales y financieros.

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

El ATI, con el apoyo del ATN nacional del programa, coordinará y apoyará el seguimiento de todos los indicadores relevantes, para su consolidación al nivel de programa.

5.4.2 Informes de avance e informes anuales

5.4.2.1 Informes de avance para los comités de coordinación y de gestión del programa

Informe trimestral

Un informe trimestral será elaborado en cada provincia para preparar la reunión del comité de coordinación, este informe es coordinado por el AT-SP Provincial quien involucra todas las instituciones y contiene:

- 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.

Este informe será enviado al ATI, 15 días antes del fin del trimestre.

Informe para el comité de gestión

El Coordinador nacional y el ATI son responsables de la consolidación de los diferentes informes técnicos y financieros en un informe que será presentado al Comité de Gestión para aprobación.

En los acuerdos o convenios con asociaciones públicas o privadas se definirá el tipo de informe requerido y la periodicidad.

5.4.2.2 Informe anual

Un informe de seguimiento-evaluación anual y un plan operacional anual concertado, (POA) será elaborado cada año, por el AT Provincial en colaboración con el Comité de Concertación.

El Coordinador nacional y el ATI consolidarán los informes de las provincias y de las organizaciones socias en un informe anual del programa según el modelo de la CTB, para ser presentado al comité de gestión.

5.5 OTORGAMIENTO DE MERCADOS PÚBLICOS

5.5.1 Licitaciones

5.5.1.1 Modalidad

Dos modalidades serán de aplicación para las licitaciones:

Modalidad ecuatoriana:

El mecanismo que se aplica está de acuerdo a la “Ley de Contratación Pública” y demás leyes relacionadas.

Los valores referenciales para la contratación pública que están vigentes a la fecha son los siguientes:

- a. Invitación directa (sin publicación): desde 0,01 USD hasta 195.354,61 USD
- b. Concurso público de ofertas: desde 195.354,61 USD hasta 390.709,21 USD
- c. Licitación pública: desde 390.709,21 USD en adelante (estas licitaciones deben ser aprobadas por la Contraloría del Estado)

Para el ámbito de aplicación de la Ley de Contratación Pública (Ley C.P.), se debe referir a los artículos 1-3 de la Ley de Contratación Pública de 22/02/2001 (Ley C.P.) y a las disposiciones de los procedimientos de licitación y concurso público de ofertas (art.14-35 Ley C.P.), como también a la capacidad para contratar (art.54 Ley C.P.); art.77-80 Reglamento).

Modalidad CTB:

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)

Los valores referenciales y los procesos que se deben aplicar para la ejecución de las licitaciones en gestión directa CTB, son las siguientes:

- a. Hasta 5.500 Euros: 3 cotizaciones; sin publicación, atribución a base, de por lo menos, de una factura aceptada
- b. Entre 5.501 Euros hasta 67.000 Euros: invitación directa; sin publicación, atribución a base de un contrato y la presentación de por lo menos de 3 candidatos
- c. En caso de licitaciones superiores a los 67.000 Euros: publicación nacional, el RR solicitará un mandato específico para cada licitación.

5.5.1.2 Selección de modalidad

En el inicio del programa, inmediatamente después de la firma del convenio específico entre los dos países, una lista de actividades, compras y licitaciones será elaborada para asegurar el arranque sin atrasos. Al inicio estas actividades incluirán esencialmente estudios y seminarios con el fin de elaborar los primeros POAs concertadas tanto al nivel nacional como provincial. Los montos de estas licitaciones serán limitados (menor de 67.000 Euros).

Para cada lista de mercado, se elegirá la modalidad de gestión más adecuada, entre los dos modos indicados arriba, se favorecerá la modalidad ecuatoriana.

5.5.1.3 Responsabilidades

Las licitaciones serán organizadas y coordinadas por los ATs bajo la responsabilidad de su superior jerárquico y tomando en cuenta los procedimientos de cada institución, según la modalidad escogida. Los ATs estarán encargados de la elaboración de los TdR de las licitaciones, en consultación con el CCNP y CCPP.

Pasos previos para cada licitación:

- a. POAs aprobados
- b. TdR aprobados por CCNP y CCPP
- c. Invitaciones y/o Publicaciones
- d. El Comité de selección será definido por el comité de gestión, el CCNP o el CCPP.
- e. aprobación por las entidades financieras de cada institución.

5.5.2 Inventarios

Los inventarios serán establecidos por cada institución, para todos los bienes de inversión financiados por el programa. La representación de la CTB dará indicaciones a las contrapartes nacionales como se deberá elaborar el inventario, el mismo que será enviado semestralmente a la representación de la CTB. Al final del programa los bienes serán entregados a las instituciones beneficiarias del programa a través de la AGECI.

5.6 GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

5.6.1 Contratación y contrato de trabajo

Puesto	Contrato por	Responsabilidad de selección
ATI	CTB	CTB HQ
ATN/SP (1)	MSP (Subsecretaría General), inicialmente CTB	Comité de selección
ATN/ A&S (1)	MIDUVI (Subsecretaria General) inicialmente CTB	Comité de selección
ATN RAF (1)	CTB/inicialmente CTB	CTB
Chofer	CTB	CTB
ATN/SPP (4)	MSP/DPS inicialmente CTB	Comité de selección
ATN/AI (4)	Consejo Provincial (Prefecto) inicialmente CTB	Comité de selección
Contadores (4)	CTB	CTB
AT Júnior	CTB	CTB

El ATI, los ATN/SPP, el ATN/RAF, el chofer, los contadores y los AT Júnior serán reclutados de acuerdo a los procedimientos internos de la CTB y serán aprobados por el Comité de gestión. La acreditación del ATI y de los AT Júnior se gestionara a través de la AGECI quien informará a la embajada de Ecuador en Bélgica para la obtención de su visa.

Un AT Júnior será reclutado luego de una solicitud de los CCN y CCP que también se encargarán de definir los TdR y la ubicación de estos profesionales. Es importante anotar que los ATJ no

constituirán un costo adicional para el programa, ya que serán financiados por fondos propios de la cooperación belga.

Los ATN/SP, ATN/A&S, ATN/AI serán reclutados con contrato de trabajo. Los salarios serán en concordancia con el mercado para asegurar continuidad de empleo. La contratación del personal por cada institución se hará respetando las leyes laborales del Ecuador. La gestión administrativa y financiera del personal será a cargo de cada institución contratante. Esto incluye establecimiento de fichas por cada empleado, gestión de asistencia, rol de pagos, seguros, impuestos, planes de capacitación etc.).

Los ATN serán reclutados en base a la aplicación de reglas nacionales en materia de contratación de expertos/servicios profesionales conforme a las leyes ecuatorianas vigentes³³.

La selección de toda la asistencia técnica se hará en base a concurso de merecimientos y Comité de Selección.

5.6.2 Relaciones jerárquicas y funcionales

El ATI está bajo la dependencia jerárquica del representante residente de la CTB, quien delega una parte de esta responsabilidad al Subsecretario General del Ministerio de Salud (trabajo cotidiano del ATI, organización de su trabajo, vacaciones, viajes, etc.). El ATI está a disposición del programa en forma integral.

El ATI estará en relación funcional con el Coordinador Nacional, los Coordinadores Provinciales, los asistentes técnicos, a nivel nacional como provincial, pero no dispone de una autoridad jerárquica sobre éstos.

5.6.3 Evaluación del personal

Las evaluaciones del personal se harán de acuerdo a procedimientos de las instituciones contratantes.

El ATI será evaluado en concertación con la contraparte (Subsecretario general). El coordinador nacional y los coordinadores provinciales serán evaluados en concertación con la CTB.

El ATI y el coordinador nacional del programa participaran en las evaluaciones de los coordinadores provinciales. Los coordinadores provinciales participan en las evaluaciones de los otros AT provinciales.

5.7 EVALUACIÓN Y AUDITORIA

5.7.1 Evaluación del Programa

La CTB organizará tres evaluaciones externas:

- a. Una misión de validación después del primer año, para evaluar la evolución de los esquemas institucionales y del contexto general del programa, ratificar o rectificar el anclaje institucional y de ejecución financiera del programa; establecer las nuevas relaciones entre actores y los cambios en sus roles realizados por la Asamblea

³³ Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública. RO # 395 Ecuador.2008.

Constituyente, identificando, de ser el caso, los ajustes requeridos por el programa para mantener el criterio de funcionamiento con las instituciones encargadas de la Salud, respetando sus roles y la política nacional. Las recomendaciones de la misión de evaluación permitirán validar o reorientar el anclaje institucional del programa.

- b. Una misión de evaluación de medio término se realizará durante el cuarto trimestre del segundo año, para evaluar el avance de lo realizado para cada uno de los componentes del programa, de la evolución de los esquemas institucionales y del contexto general del Programa. Se considerarán los factores internos y externos, el funcionamiento de los sistemas de gestión participativa, la coordinación entre las diferentes instituciones en la zona, la evolución de los procesos de descentralización y de los elementos que determinan la viabilidad de las propuestas técnicas del Programa. Se evaluará la capacidad de gestión y las necesidades de asesoría necesaria para los próximos años. Las recomendaciones de la misión de evaluación de medio término permitirán validar o reorientar las actividades del programa y/o efectuar reajustes en el presupuesto.
- c. Una evaluación final se realizará durante el segundo semestre del cuarto año y contrastará los resultados del programa con sus objetivos iniciales. Se sacarán las conclusiones en términos de “lecciones aprendidas”, se evaluarán los procesos de apropiación, de integración de las poblaciones a los territorios como instrumento de cohesión social y de lucha contra la pobreza, y finalmente la replicabilidad de las experiencias acumuladas.

5.7.2 Evaluación de los sistemas financieros y controles internos de los socios

Con el fin de examinar el paso de una modalidad financiera a otra (véase 5.3.1), una evaluación externa del sistema de gestión financiera y control interno se realizará, institución por institución.

Los términos de referencia de esta evaluación serán establecidos por la CTB y aprobados por el comité de gestión del programa. La evaluación será objeto de un mercado público.

5.7.3 Auditorías financieras

5.7.3.1 Auditoría del programa

El programa debe auditarse después de un año de actividad y durante el tercer año de actividad.

La auditoría se referirá a:

- a. La comprobación que las cuentas del proyecto reflejan la realidad
- b. El control de existencia y el cumplimiento de los procedimientos

El comité de gestión del programa puede pedir auditorías suplementarias si lo considera necesario.

El comité de gestión del programa encarga al representante de la CTB la elaboración de los términos de referencia y la selección de la empresa auditora. La empresa auditora debe ser una empresa certificada, independiente (según normas internacionales).

El informe de auditoría debe presentarse al comité de gestión del programa. En caso necesario la dirección debe elaborar un plan de acción con el fin de mejorar los procedimientos y probar que se emprendieron algunas medidas correctivas.

5.7.3.2 Auditoría CTB

Cada año un órgano colegiado de Auditores controla las cuentas de la CTB. En este marco realizan también auditorías de proyectos. El Comité de auditoría de la CTB puede también pedir que un proyecto esté auditado por el auditor de la CTB.

5.8 COMUNICACIÓN EXTERNA E INTERNA

La comunicación interna entre todas las instituciones y personas involucradas es de suma importancia para el éxito del programa que pretende crear una plataforma de concertación y de discusión sobre temas relacionados con el nuevo modelo de gestión. La comunicación debe ser activa, propulsado por el coordinador y el ATI, y se hará por medio de:

- a. Socialización de los POAs anuales después de su aprobación por el comité de gestión
- b. Informes semestrales técnicas y financieras que serán presentadas al comité de gestión para su aprobación
- c. Informes mensuales con un breve resumen de la actividades cumplidos durante el mes anterior, y puntos que tratar durante el mes siguiente
- d. Organizaciones de sesiones de información y de intercambio sobre temas y problemas específicos del programa.

La Comunicación externa para un público especializado es necesaria, para fomentar el debate y asegurar que nuevas ideas pueden ser consideradas por el nuevo programa. Una estrategia será definida por el programa durante la fase de inicio. Esta estrategia debe tener como objetivo la socialización de las actividades y decisiones del programa para los usuarios de los servicios en el ámbito del programa.

5.9 FIN DEL PROGRAMA

Por lo menos dos años antes de terminar el programa un plan y estrategia de salida y de cierre será elaborado en función de los logros obtenidos y con énfasis en lograr sustentabilidad de los diferentes sistemas y mecanismos puestas en marcha para el programa.

5.9.1 Situación financiera

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

5.9.2 Saldos presupuestarios al final del programa

El saldo en gestión directa no utilizado al final del programa será anulado. El saldo disponible en otras cuentas será reasignado de común acuerdo.

5.9.3 Gastos fuera de la fecha final del convenio específico

Una vez finalizado el Convenio Específico, no se autorizarán 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 del Comité de Gestión del programa.

5.9.4 Informe final

El coordinador nacional del programa, con el apoyo de los ayudantes técnicos, redactará un informe final según el modelo de la CTB, y lo presentará al comité de gestión del programa para su acuerdo.

El informe final incluirá:

- a. Un resumen de las modificaciones introducidas al programa desde su comienzo,
- b. una presentación del contexto del programa y un resumen del marco lógico final,
- c. la valoración de los criterios clásicos de medida de la 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 los resultados, responsabilidad mutua y apropiación,
- e. los resultados del seguimiento del programa y posibles auditorías 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 a la AGECI y al Estado belga, mediante el agregado de cooperación en Quito y la sede del DGCD en Bruselas.

5.10 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 cartas entre las partes belgas y ecuatorianas. El, como ordenador del programa, y la CTB pueden adaptar el presente documento técnico y financiero en función de la evolución del contexto y del curso del proyecto.

Para los aspectos mencionados aquí abajo, la consulta previa del comité de gestión es necesaria:

- a. Las formas de puesta a disposición de la contribución de la parte belga y de la parte ecuatoriana
- b. los resultados, incluido sus presupuestos respectivos
- c. las competencias, atribuciones, composición y modalidad de funcionamiento del comité de gestión
- d. el mecanismo de aprobación de las adaptaciones del DTF
- e. los indicadores de resultado y del objetivo específico
- f. las modalidades financieras de implementación de la contribución de las 2 partes

La parte Ecuatoriana y la parte Belga informarán el Estado Belga si tales modificaciones son introducidas al programa mediante el informe anual.

6. TEMAS TRANSVERSALES

6.1 GÉNERO

Existen diferencias entre hombres y mujeres, niños y niñas no solo por las diferencias biológicas ligadas al sexo sino también por los diferentes roles sociales ligados a su posición de género. Estereotipos de género llevan a diferentes formas de buscar y recibir cuidados en los hombres y las mujeres; por lo tanto, la atención a la salud de los beneficiarios debe tomar en cuenta a todo momento, las características particulares de género, las de su entorno y de su origen cultural.

Los modelos tradicionales de masculinidad y de feminidad pueden llevar a comportamientos menos o más saludables, menos o más riesgosos pero también menos o más agresivos o subordinados. Es importante y obligatorio tocar e intervenir en el tema de la violencia física, sexual y psicológica sufrida por muchas mujeres de todos los estratos sociales pero dirigido tanto a los hombres como a las mujeres.

En ciertos grupos poblacionales, la estigmatización de algunos problemas de salud y por ende la imposibilidad de expresarse sobre estos temas (como la violencia intrafamiliar, la infertilidad en los hombres o en las mujeres, etc.) lleva a la necesidad de ampliar el concepto de atención. Igualmente, procesos fisiológicos como el parto, la menopausia, la salud reproductiva no los puede abordar únicamente desde una perspectiva fármaco-médica sino también desde una perspectiva bio-psicosocial.

Las mujeres dedican más tiempo que los hombres al trabajo doméstico y a los cuidados de los niños y de otros familiares. Por lo tanto, es primordial incluir a las mujeres en la toma de decisiones sobre prestaciones sanitarias y organización del sector.

En este sentido, el Programa abarca distintos elementos vinculados al tema de género y tiene un potencial importante para aplicar una perspectiva de género con el fin de adecuar el sistema de salud a las necesidades prácticas y estratégicas de toda la población meta.

6.2 DERECHOS DE LOS NIÑOS

En cuanto a los derechos de los niños, el gobierno de Ecuador firmó y ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño que fue aprobado por las Naciones Unidas en el 1989. Dentro de esta convención, uno de los derechos fundamentales de los niños es el de gozar de cuidados sanitarios de máxima calidad. El acceso a la atención de salud constituye un pilar importante en este derecho.

La aplicación de una perspectiva transversal de derechos de los niños dentro del Programa, implica introducir estas perspectivas tanto en las investigaciones como en los diagnósticos, la planificación estratégica y operacional, las ejecuciones de actividades, el monitoreo y las evaluaciones y encontrar espacios de coordinación con los Consejos de Niñez y Adolescencia.

6.3 INTERCULTURALIDAD

El Programa se relacionará con los temas de interculturalidad a través de relaciones entre medicina occidental y tradicional respetuosas del carácter propio de esta última (por ejemplo mediante intercambios de pacientes pero sin buscar su integración); a través de un intento de

hacer la medicina occidental más accesible a pacientes de cultura no hispánica. Finalmente, implica, al nivel de participación directa de los usuarios y de las comunidades en el manejo de los servicios de salud, el ejercicio de la cogestión con asociaciones sociales propias de las comunidades indígenas en diversos lugares del país. El apoyo central será la Dirección de Salud Intercultural del MSP a nivel nacional e intermedio.

6.4 INTERSECTORIALIDAD

El programa buscará desarrollar la capacidad epidemiológica de los servicios de salud para que pueda participar mejor en la identificación de las prioridades del sector agua, saneamiento y de otros determinantes de la salud que son manejados por otros sectores, por lo que se incentivará actividades intersectoriales ligadas especialmente a la promoción de la salud, en base a una planificación estratégica de salud sólida basada en criterios técnicos idóneos.

7. ANEXOS

7.1 POA ESMERALDAS 2008

PLAN OPERATIVO ANUAL - POA 2008

INSTITUCION:

OBJETIVOS:

PROGRAMAS	DEPARTAMENTO	Actividades, planes, programas	Ambito Geográfico	Metas	Departamentos Involucrados	Presupuesto Anual	Fuentes de Financiamiento	Cronograma																			
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12								
OTROS SUN RA V L I C I O S	OBRAS PUB L I C A S	REGENERACION URBANA ZONA URBANA		PAVIMENTO BARRIO UNIVERSITARIO - HASTA LA CANCHA		103,794.65		█	█	█																	
				PAVIMENTO BARRIO UNIVERSITARIO - HASTA LA PLAZOLETA		43,136.68		█	█	█																	
				PAVIMENTO BARRIO 13 DE NOVIEMBRE LA COLECTIVA		117,802.53				█	█	█															
				PAVIMENTO BARRIO MEXICO		50,000.00				█	█	█															
				PAVIMENTO CALLE BANANERO - BARRIO LINDO		94,145.25						█	█	█													
				PAVIMENTO CALLE MONTUFAR HACIA LA CEIBA		74336.08				█	█	█															
				PAVIMENTO SAN MARTIN DE PORRES BAJO TRAMO 2 ADOQUINADO / BAJADA LATERAL		88,363.60						█	█	█													
				PAVIMENTO BARRIO VISTA AL MAR		94,145.25						█	█	█													
				PROYECTO LA GRAN MANZANA		120,210.19					█	█	█														
				BATERIA SANITARIA PLAZA CIVICA		20,563.17					█	█															

O
T
R
O
S

S
E
R
V
I
C
I
O
S

C
O
M
U
N
A
L
E
S

O
B
R
A
S

P
U
B
L
I
C
A
S

REGENERACION URBANA PARROQUIAS RURALES	CONSTRUCCION DE ACERAS Y BORDILLOS (PARROQUIA TACHINA)	31,763.00																		
	CONTRUCCION CANCHA USOS MULTIPLES (PARROQUIA TACHINA)	18,236.99																		
	CONSTRUCCION DE ACERAS Y BORDILLOS (PARROQUIA MAJUA)	31,197.26																		
	CONSTRUCCION CASA COMUNAL (PARROQUIA MAJUA)	18,802.74																		
	CONSTRUCCION DE ACERAS Y BORDILLOS (PARROQUIA SAN MATEO)	20,934.65																		
	CONSTRUCCION CASA COMUNAL (PARROQUIA SAN MATEO)	18,802.74																		
	CONSTRUCCION VISERA PARA ESTADIO (PARROQUIA SAN MATEO)	19,503.49																		
	CONSTRUCCION CASA COMUNAL (PARROQUIA CAMARONES)	18,802.74																		
	CONSTRUCCION AULA DOBLE (PARROQUIA CAMARONES)	23799.62																		
	CONSTRUCCION CASA COMUNAL CHAFLU (PARROQUIA CHINCA)	18,802.74																		
	CONSTRUCCION AULA DOBLE CHINCA (PARROQUIA CHINCA)	23,799.62																		
	CONSTRUCCION AULA DOBLE TAQUIGUE (PARROQUIA CHINCA)	23,799.62																		
	CONSTRUCCION CASA COMUNAL (PARROQUIA CARLOS CONCHA)	34,669.19																		
	CONSTRUCCION CANCHA DE USOS MULTIPLES (PARROQUIA CARLOS CONCHA)	18,236.99																		

7.2 DETALLE GENERAL DEL PRESUPUESTO DEL PROGRAMA

BUDGET TOTAL (EUROS)			TOTAL (€) Contribución Belga	Mode d'exécution
A		COMPONENTE SALUD: Mejorar el acceso de la población a una atención de salud integral y de calidad en las provincias de: Imbabura, Carchi, Manabí, Esmeraldas y Norte de Pichincha	8.407.140	
A	01	<i>Se cuenta con un conjunto de políticas que garanticen el ejercicio del derecho a la salud integral</i>	540.000	
A	01	01	Proponer y concertar en forma participativa un conjunto de políticas que garanticen la aplicación del ejercicio del derecho a la salud	Régie
A	01	02	Identificar, concertar y estructurar mecanismos de aplicación de políticas nacionales a los territorios de atención	Régie
A	02		Modelo de gestión de salud y de servicios de salud definido e implementado en las áreas intervenidas, con involucramiento de los actores	
A	02		1.166.600	
A	02	01	Diseñar, concertar e implementar el modelo de gestión participativo de salud y de servicios de salud en los territorios priorizados	Régie
A	02	02	Apoyar la definición, concertar los roles y funciones en salud y en servicios de salud entre diferentes niveles de gobierno	Régie
A	02	03	Operativizar y racionalizar el sistema de información de salud para la toma de decisión de manera territorial e integral	Régie
A	02	04	Diseñar e implementar el monitoreo y evaluación del desempeño del sistema de servicio de salud	Régie
A	02	05	Implementar mecanismos de participación y control social en la gestión de salud y de servicios de salud	Régie
A	02	06	Definir e implementar un programa de fortalecimiento institucional de apoyo al modelo de gestión	Régie
A	03		Se cuenta con una propuesta de política de financiamiento y asignación de recursos financieros territorializada sostenible diseñada e implementada con criterios de equidad y funcionalidad	
A	03		1.014.340	
A	03	01	Elaborar de forma concertada una propuesta articulada y territorializada de distribución de recursos de diversa fuentes	Régie
A	03	02	Diseñar e implementar un sistema de presupuestación y financiamiento plurianual de diversas fuentes con mecanismos transparentes de ejecución para la gestión de salud y de servicios de salud	Régie
A	03	03	Elaborar y operar un sistema de compras transparente y eficaz de forma electrónica (WEB)	Régie
A	03	04	Definir, aplicar, monitorear y evaluar mecanismos de asignación de los recursos financieros y la calidad de gasto de los servicios de salud	Régie
A	03	05	Construir propuestas innovativas locales de financiamiento y	Régie

			gestión de los servicios de salud		
A	04		<i>Se han mejorado la provisión de servicios de salud con calidad y articulación en las áreas intervenidas en las provincias seleccionadas</i>	5.686.200	
A	04	01	Conformar y ejecutar un sistema de provisión de servicios de salud en microrredes plurales con énfasis en los prestadores públicos	2.599.360	Régie
A	04	02	Licenciar a los establecimientos públicos y privados con finalidad pública	273.064	Régie
A	04	03	Fortalecer los procesos de atención integral de salud de primer y segundo nivel según la normativa nacional	2.813.776	Régie

BUDGET TOTAL (EUROS)				TOTAL (€) Contribución Belga	Modo de ejecución
E			COMPONENTE AGUA: Mejorar los servicios de agua potable y fortalecimiento de la gestión sanitaria en las áreas seleccionadas de las provincias de: Imbabura, Carchi, Manabí, Esmeraldas y Norte de Pichincha	2.200.000	
<i>E</i>	<i>01</i>		<i>Se ha sistematizado el inventario y el diagnóstico de sistemas de agua potable, saneamiento y recursos hídricos en las zonas seleccionadas</i>	<i>260.000</i>	
B	01	01	Recopilar la información, procesar y difundir el inventario y el diagnóstico	260.000	Régie
<i>E</i>	<i>02</i>		<i>Se cuenta con las normas, el control y la vigilancia de la calidad del agua</i>	<i>226.000</i>	
B	02	01	Armonizar, difundir y apoyar la aprobación de las normas de calidad del agua y de mecanismos de control	7.000	Régie
B	02	02	Vigilar y fiscalizar la calidad de agua en las 5 provincias del programa	219.000	Régie
<i>E</i>	<i>03</i>		<i>Se ha mejorado la sostenibilidad de los sistemas de agua potable en las áreas seleccionadas</i>	<i>1.566.000</i>	
B	03	01	Validar las metodologías de intervención y fortalecer las capacidades locales y de las JAAPs	16.000	Régie
B	03	02	Fortalecer la organización y legalizar las JAAPs y elaborar 30 planes de sostenibilidad	390.000	Régie
B	03	03	Implementar 20 planes de sostenibilidad integrales promedio (municipio, consejo provincial)	1.110.000	Régie
B	03	04	Monitorear y evaluar 30 planes de sostenibilidad integrales (municipio, consejo provincial)	20.000	Régie
B	03	05	Capitalizar y multiplicar las lecciones aprendidas a nivel nacional	30.000	Régie
<i>E</i>	<i>04</i>		<i>Se ha concientizado a los actores en la educación sanitaria, el manejo del medio ambiente y conservación del recurso agua</i>	<i>148.000</i>	
B	04	01	Armonizar y unificar las herramientas de comunicación y capacitación. Talleres de capacitación a profesores	48.000	Régie
B	04	02	Capacitar a niños en el manejo de agua, educación sanitaria y conservación de las fuentes y campañas de educación a la población, con base a experiencias locales en marcha	100.000	Régie
Y			Reserva presupuestaria	195.200	
<i>Y</i>	<i>01</i>		<i>Reserva presupuestaria</i>	<i>195.200</i>	
<i>Y</i>	<i>01</i>	02	<i>Reserva presupuestaria</i>	<i>195.200</i>	Régie
			Medios generales	3.197.060	
<i>Z</i>	<i>01</i>		<i>Gastos de personal</i>	<i>2.322.400</i>	
Z	01	01	Asesor técnico internacional (ATI SP) (1x48m)	576.000	Régie
Z	01	02	Asistente técnico nacional (ATN) - Agua (1x48)	144.000	Régie
			Asistente técnico nacional (ATN) - Salud (1x48)	144.000	Régie
			ATN - Salud pública (4x48)	576.000	Régie
			ATN - Apoyo institucional (4x48)	576.000	Régie

			Chofer ATI (1x48)	26.400	Régie
			Responsable administrativo-financiero nacional (1x48m)	60.000	Régie
			Contable, administrativo provincial (4x48m)	192.000	Régie
			Capacitación y otros gastos de seguimiento financiero	28.000	Régie
Z	02		<i>Inversiones (Equipamiento)</i>	<i>120.000</i>	
Z	02	01	Vehículos (1 ATI)	30.000	Régie
			Vehículos (9)	90.000	Régie
Z	02	02	Insumos y equipamiento oficina	-	
Z	03		<i>Gastos de funcionamiento</i>	<i>371.660</i>	
Z	03	01	Alquiler de oficinas (24 meses)	14.400	Régie
Z	03	02	Gastos de funcionamiento (combustible...)	19.920	Régie
			Gastos de funcionamiento (combustible...)	120.000	Régie
Z	03	03	Comunicaciones	18.750	Régie
			Comunicaciones	40.500	Régie
Z	03	04	Insumos y equipamiento oficina	10.000	Régie
			Insumos y equipamiento oficina	62.500	Régie
Z	03	05	Otros (viáticos...)	20.790	Régie
			Otros (viáticos...)	64.800	Régie
Z	04		<i>Auditoria, seguimiento y evaluación</i>	<i>383.000</i>	
Z	04	01	Evaluaciones	60.000	Régie
Z	04	02	Auditoria	96.000	Régie
Z	04	03	Asesoría técnica (científico) agua	52.000	Régie
			Asesoría técnica (científico) salud	120.000	Régie
Z	04	04	Seguimiento interno CTB (EST)	30.000	Régie
Z	04	05	EMCL	25.000	Régie
TOTAL				14.000.000	

RESUMEN		
Rubros	MODALIDAD ECUATORIANA	9,747,600.00
Rubros	MODALIDAD CTB	4,252.400.00
TOTAL		14,000,000.00

LA REPARTICIÓN DE PRESUPUESTOS ENTRE LAS MODALIDADES ECUATORIANA Y CTB SON MONTOS INDICATIVOS SOLAMENTE. AL ARRANQUE DEL PROGRAMA SE REVISARÁ EL PRESUPUESTO EN FUNCIÓN DE LAS NECESIDADES Y LA PUESTA EN MARCHA DEL NUEVO SISTEMA FINANCIERO ECUATORIANO

7.3 BASE DE CÁLCULO

BUDGET TOTAL (EUROS)			T	Descripción	Unidad	Valor unitario promedio	No de Unidades	TOTAL	
A				COMPONENTE SALUD: Mejorar el acceso de la población a una atención de salud integral y de calidad en las provincias de: Imbabura, Carchi, Manabí, Esmeraldas y Norte de Pichincha					8,407,140
A	01			Se cuenta con un conjunto de políticas que garanticen el ejercicio del derecho a la salud integral				540,000	
A	01	01	Proponer y concertar en forma participativa un conjunto de políticas que garanticen la aplicación del ejercicio del derecho a la salud	Nacional	Formulación de planes estratégicos de salud de forma participativa	Mesas/talleres x 1 vez al año	1,400	4	5,600
					Monitoreo y evaluación participativa de planes estratégicos de salud	Mesas/talleres x 1 vez al año	1,400	4	5,600
					Metodología para mapeo de actores y estrategias de negociación	Consultoría 1 mes	1,500	1	1,500
					Manual de mapeo de actores y estrategias de negociación	Guía de aplicación	35	300	10,500
					Aplicación de mapeo de actores y estrategias de negociación	Taller y sistematización cada año	2,000	4	8,000
					Difusión de políticas y planes estratégicos	Publicaciones	3,000	4	12,000
				Provincial	Formulación de planes estratégicos de salud de forma participativa	Por cada Provincia :Mesas/talleres x 1 vez al año	1,500	4	6,000
					Monitoreo y evaluación participativa de planes estratégicos de salud	Mesas/talleres x 1 vez al año x provincia	1,500	4	6,000
					Aplicación de mapeo de actores y estrategias de negociación	Taller, facilitación y sistematización	2,500	4	10000
					Difusión de políticas y planes estratégicos	Publicaciones x provincia	4,200	4	16800
A	01	02	Identificar, concertar y estructurar mecanismos de aplicación de políticas nacionales a los territorios de atención	Nacional	Líneamientos sobre mecanismos de aplicación de acuerdo a contextos específicos	Documento 1 vez por año	2,000	1	2000
					Evaluación de mecanismos de aplicación de la política	Mesas/talleres, reuniones 1 vez por año	1,500	4	6000
					Apoyo al rol del Consejo Nacional de Salud en cuanto a la aplicación de la política	Reuniones, publicaciones	700	4	2800
				Provincial	Formulación de mecanismos de aplicación de la política	Consultoría específica por dos meses	6,000	4	24000

				Concertación de mecanismos y estrategias de implementación	Talleres de consensos x provincia	2,500	4	10000	
				Apoyo a consejos de salud provinciales y cantonales	Reuniones, publicaciones x provincia	15,000	4	60000	
				Fondo para proyectos específicos para aplicar la política de acuerdo a cada contexto específico	Por cada Provincia y por año, incluye laptops por una sola vez	74,800	4	299200	
				Monitoreo y evaluación participativa de planes estratégicos de salud	Mesas/talleres x 1 vez al año x provincia	4,500	4	18000	
				Difusión de mecanismos de aplicación de la política	Publicaciones 2 veces al año x provincia	9,000	4	36000	
A	02		Modelo de gestión de salud y de servicios de salud definido e implementado en las áreas intervenidas, con involucramiento de los actores						1166600
A	02	01	Diseñar, concertar e implementar el modelo de gestión participativo de salud y de servicios de salud en los territorios priorizados	Nacional	Diseñar u operacionalizar modelo de la macro gestión del sistema de salud y su modelo de evaluación, modelo de meso-gestión (servicios de salud) participativos, rol consejos de salud, mecanismos de control y movilización social en salud	Consultoría específica nacional 1 vez x 2 meses	6000	1	6000
					Consensos con actores	1 taller de consenso/difusión,	1400	4	5600
					Difusión de documentos a diferentes públicos	Reproducción de documentos, publicaciones	2800	4	11200
				Provincias	Construcción de acuerdos y compromisos para aplicación de modelo de gestión	Facilitación y talleres	1800	4	7200
					Organización de unidades de gestión de redes	Facilitación y talleres	1800	4	7200
					Establecimiento de necesidades de capacitación y plan	Consultoría específico x 2 meses	3200	1	3200
					Pasantillas e intercambio de experiencias país	1 veces al año x provincia	1500	4	6000
A	02	02	Apoyar la definición, concertar los roles y funciones en salud y en servicios de salud entre diferentes niveles de gobierno	Nacional	Definición, operacionalización y estrategia de implementación de roles, competencias y atribuciones en salud de los diferentes niveles de gobierno, estrategia de implementación; capacitación, evaluación	3-4 Mesas de trabajo	4000	1	4000
					Formulación de Lineamientos y difusión	Publicaciones primer año	2600	1	2600
					Capacitación de facilitadores nacionales y provinciales	Al menos 30 facilitadores	3000	1	3000

					Evaluación de roles y funciones salud y servicios de salud	talleres de evaluación, incluye sistematización y reproducción de resultados c/año	2500	4	10000
					Difusión roles y funciones x niveles de gobierno	Publicaciones x año	1000	4	4000
				Provincias	Difusión y ajustes locales	2 Mesas de trabajo x provincia incluye facilitación y sistematización	2500	4	10000
					Evaluación de aplicación de roles y funciones de salud y servicios de salud	2 talleres por provincia x año, incluye facilitación y sistematización	3000	4	12000
					Difusión de avances	Publicaciones: boletines	1200	4	4800
A	02	03	Operativizar y racionalizar el sistema de información de salud para la toma de decisión de manera territorial e integral	Nacional	Operacionalizar de forma participativa el sistema de información en salud y la estrategia de implementación de servicios de salud y de la gestión clínica	Consultoría específica nacional x 3 meses	10000	1	10000
					Difusión de herramientas de operacionalización	Publicaciones de guías, manuales	5000	1	5000
					Capacitación en cascada a facilitadores nacionales y provinciales	Taller de capacitación al menos de 30 facilitadores, incluye documentación	3500	2	7000
					Evaluación de aplicación sistema de información	Talleres de evaluación, incluye facilitación y sistematización 2 veces x año	3500	4	14000
					Difusión de sistema de información, herramientas y resultados a diferentes públicos	Publicaciones: boletines, trípticos, WEB, etc.	3100	4	12400
				Provincias	Difusión y ajuste a contextos específicos de sistema de información y su estrategia de implementación	3-4 Talleres que incluye facilitación y sistematización x provincia	5000	4	20000
					Investigación acción sobre el sistema de información de los servicios de salud y de la gestión clínica en los servicios de salud	Fondo x provincia, especialmente para sitios priorizados del programa	21000	4	84000
					Capacitación específica	Talleres, cursos	7000	4	28000
					Monitoreo y evaluación, incluyendo línea de base primer año	Línea de base	20000	1	20000
						Talleres de evaluación incluye facilitación y sistematización 2 x año	3000	4	12000
Difusión de resultados para diferentes públicos	Publicaciones, web.	5400	4	21600					
A	02	04	Diseñar e implementar el monitoreo y evaluación del desempeño del sistema de servicio de salud	Nacional	Diseño, instrumentos y estrategia de implementación del monitoreo y evaluación de desempeño del sistema de servicios de salud	Consultoría x 3 meses	15000	1	15000
					Difusión de sistema de monitoreo y evaluación de los servicios de salud, herramientas y resultados a diferentes públicos	Publicaciones: boletines, trípticos, WEB. etc.	4500	4	18000

					Monitoreo y evaluación de aplicación de sistema	Talleres que incluye facilitación y sistematización 2 vez al año	3500	4	14000
				Provincias	Operacionalización y territorialización del sistema de información	Asistencia técnica específica 1 vez x provincia por tres meses	12000	4	48000
					Identificación de necesidades de capacitación, recursos humanos y tecnológicos para puesta en marcha de sistema	Diagnostico basal y plan de capacitación	7000	4	28000
					Capacitación equipos de proveedores de servicios de salud	3-4 talleres, incluye documentación	7250	4	29000
					Monitoreo y evaluación de calidad técnica y de satisfacción de usuarios	Fondo para encuestas x provincia, especialmente para sitios priorizados del programa, al menos 2 veces por año	20000	4	80000
					Monitoreo y evaluación de estructura, proceso y resultados de los servicios de salud.	Fondo para visitas de monitoreo, supervisión, sistematización al menos 2 veces al año	3000	4	12000
					Difusión de resultados para diferentes públicos	Publicaciones, premios 1 vez al año	3500	4	14000
A	02	05	Implementar mecanismos de participación y control social en la gestión de salud y de servicios de salud	Nacional	Construcción participativa de lineamientos nacionales y estrategia de implementación	1-2 Mesas de trabajo 1 vez primer año	3500	1	3500
					Capacitación de facilitadores nacionales	Taller de capacitación al menos de 15 facilitadores, incluye documentación	3500	1	3500
					Monitoreo y evaluación de mecanismos de control social en la gestión	Talleres que incluye facilitación y sistematización 2 vez por año	3500	4	14000
				Provincias	Identificación de la línea de base sobre la participación y control social en salud	Línea de base x provincia	6000	4	24000
					Construcción participativa de los mecanismos de participación, control y movilización social	2-3 Talleres, incluye facilitación y sistematización x provincia	6000	4	24000
					Difusión de los mecanismos de participación, control y movilización social a diversos públicos	Publicaciones, web.	6000	4	24000
					Intercambios de experiencias al nivel nacional e internacional	Visitas	5200	4	20800
A	02	06	Definir e implementar un programa de fortalecimiento institucional de apoyo al modelo de gestión	Nacional	Diseño de plan de fortalecimiento institucional, herramientas y estrategia de implementación presupuestada para la salud, servicios de salud y gestión clínica	Asistencia técnica para 6 meses x 1 vez	20000	1	20000
					Implementación del plan fortalecimiento institucional	2 talleres incluye facilitación y sistematización	4000	1	4000
					Capacitación a facilitadores nacionales	Al menos 30 facilitadores	4500	1	4500

				Ejecución fortalecimiento de estructura nacional del MSP, MIDUVI, CONASA; AME, CONCOPE	Fondo para fortalecimiento x año	28100	4	112400	
				Evaluación de resultados del plan de fortalecimiento institucional	1 talleres incluye facilitación y sistematización x año	3500	1	3500	
			Provincial	Ajuste al plan de fortalecimiento institucional y estrategia de implementación presupuestada para salud, microrredes y gestión clínica	Asistencia técnica para 6 meses x provincia	12000	4	48000	
				Implementación de fortalecimiento institucional a nivel de estructuras intermedias de contrapartes, consejos provinciales y cantonales de salud, microrredes y gestión clínica	fondo por provincia x año	32500	4	130000	
				Centros de capacitación en unidades seleccionadas y priorizadas	fondo promedio anual por provincia	35400	4	141600	
A	03	Se cuenta con una propuesta de política de financiamiento y asignación de recursos financieros territorializada sostenible diseñada e implementada con criterios de equidad y funcionalidad						1014340	
A	03	01	Elaborar de forma concertada una propuesta articulada y territorializada de distribución de recursos de diversa fuentes	Nacional	Diseño de criterios de asignación de recursos financieros, modelo de asignación con sistema de evaluación, estrategia de implementación, presupuestada y con cronograma de ejecución	Asistencia técnica específica x 3 meses	10000	1	10000
					Capacitación sobre modelo de asignación	Talleres, cursos	3000	4	12000
					Evaluación de modelo de asignación, difusión de resultados	1 taller al año	2000	4	8000
					Difusión de resultados	publicaciones, web	2500	4	10000
				Provincial	Costeo de plan estratégico, POA, microrredes, convenios/contratos de gestión, análisis de financiamiento territorializado	Asistencia técnica 1 vez al año	2000	4	8000
					Intercambio de experiencias	1 vez al año por provincia	580	4	2320
					Evaluación de modelo	1 vez al año por provincia	1000	4	4000
				Difusión de resultados	1 vez al año por provincia	1000	4	4000	
A	03	02	Diseñar e implementar un sistema de presupuestación y financiamiento plurianual de diversas fuentes con mecanismos transparentes de ejecución para la gestión de salud y de servicios de salud	Nacional	Diseño e implementación de contabilidad de costos por resultados de servicios de salud y presupuestación por resultados con estrategia de implementación presupuestada y con cronograma.	Asistencia Técnica específica 1 vez primer año	20000	1	20000
					Evaluación de contabilidad y de los requisitos necesarios para avanzar a una contabilidad de costos	1 vez año	5000	4	20000

				Provincial	Implementación de contabilidad de costos y presupuesto por resultados.	Asistencia técnica para 1 vez al año	9000	4	36000				
				Provincial	Implementación del soporte tecnológico (software y hardware), capacitación, evaluación, difusión	Fondo promedio por provincia x año	51200	4	204800				
A	03	03	Elaborar y operar un sistema de compras transparente y eficaz de forma electrónica (WEB)	Nacional	Diseño y estrategia de implementación de un sistema de compras electrónica	Asistencia técnica específica en el primer año	4500	1	4500				
					Soporte tecnológico y capacitación (instalación de software y hardware)	1 vez anual	7100	1	7100				
					mantenimiento del sistema	por año	1000	4	4000				
					Evaluación de sistema de compras	1 taller al año	1600	4	6400				
				Provincial	A nivel provincial: para implementación de sistema de compras	Asistencia técnica x 1 vez	9000	4	36000				
					Soporte tecnológico y capacitación (instalación de software y hardware)	fondo x provincia x año	12000	4	48000				
					mantenimiento del sistema	fondo x provincia x año	4000	4	16000				
					Evaluación de sistema de compras	1 taller al año x provincia	4000	4	16000				
				A	03	04	Definir, aplicar, monitorear y evaluar mecanismos de asignación de los recursos financieros y la calidad de gasto de los servicios de salud	Nacional	Diseño y estrategia de implementación del monitoreo participativo de la eficiencia, equidad y calidad del gasto en salud por tipo de proveedor presupuestada y con cronograma	Asistencia técnica para 1 vez	10000	1	10000
									Capacitación sobre monitoreo y evaluación sistema	1 -2 talleres en el primer año	2800	1	2800
Intercambio de experiencias	1 vez x año	1500	4						6000				
Monitoreo y evaluación	2 vez x año	1500	4						6000				
Difusión de resultados	1 vez por año	1000	4						4000				
Provincial	Implementación	Asistencia técnica para 1 vez x seis meses por provincia	9000						4	36000			
	Capacitación sobre monitoreo y evaluación sistema	2 -3 talleres x año	4500					4	18000				
	Soporte logístico para implementación	fondo promedio x año x provincia	15800					4	63200				
	Intercambio de experiencias	1 vez x año x provincia	3000					4	12000				
	Monitoreo y evaluación	3 veces x año y pro provincia	6000					4	24000				
	Difusión de resultados	1 vez al año por provincia	2500					4	10000				

A	03	05	Construir propuestas innovadoras locales de financiamiento y gestión de los servicios de salud	Nacional	A nivel nacional: Asistencia técnica para diseño, instrumentos y estrategia de implementación de propuestas innovadoras de financiamiento y de su administración a nivel nacional de carácter desconcentrado y/o descentralizado	1 vez año	15000	1	15000
					Capacitación	2 talleres x año	3500	4	14000
					Intercambio de experiencias	1 vez cada 2 años	5000	2	10000
					Monitoreo y evaluación	3 vez x año	5000	4	20000
					Difusión de herramientas y resultados		3070	4	12280
				Provincial	Implementación	Fondo promedio para asistencia técnica anual x provincia	18000	4	72000
					Capacitación	2 talleres x año x provincia	4000	4	16000
					Intercambio de experiencias	1 vez cada 2 años	12000	4	48000
					Soporte logístico para implementación	fondo x año x provincia	26000	4	104000
					Monitoreo y evaluación	3 veces x año y x provincia	5000	4	20000
					Difusión de herramientas y resultados	fondo x provincia x año	3485	4	13940
A	04	<i>Se han mejorado la provisión de servicios de salud con calidad y articulación en las áreas intervenidas en las provincias seleccionadas</i>							5686200
A	04	01	Conformar y ejecutar un sistema de provisión de servicios de salud en microrredes plurales con énfasis en los prestadores públicos	Nacional	diseño y/o ajuste de lineamientos nacionales para configuración de microrredes de servicios de salud de finalidad pública	Asistencia técnica x1 vez	15600	1	15600
					Capacitación para implementación inicial, desarrollo y consolidación	Fondo para talleres, cursos primer año, incluye facilitación y sistematización	5600	1	5600
					Intercambio de experiencias	1 vez cada 2 años	8300	2	16600
					Monitoreo y evaluación	talleres 2 vez por año, incluye facilitación y sistematización	3500	4	14000
				Provincia	A nivel provincial: asistencia técnica para implementación	1 vez x 12 meses por provincia	20300	4	81200
					Capacitación	talleres primer año, incluye facilitación y sistematización x provincia	24590	4	98360
					Intercambio de experiencias, pasantillas	Fondo x 1 vez cada año	16000	4	64000
					Monitoreo y evaluación	Fondo para talleres, investigación 2 vez por año, incluye facilitación y sistematización	10000	4	40000
					Supervisión capacitante	fondo promedio anual x provincia	16000	4	64000

					Financiamiento para organización y financiamiento de microrredes (medicamentos, unidades de salud, fondos rotatorios, etc.) en base a criterios definidos evaluables	Fondo promedio anual para al menos 2 microrredes x provincia	400000	4	1600000
					Reperfilación de médicos generales a familiares en base a criterios definidos evaluables	Fondo para al menos 15 profesionales x año x provincia	150000	4	600000
A	04	02	Licenciar a los establecimientos públicos y privados con finalidad pública	Nacional	A nivel nacional: asistencia técnica para establecer y/o ajustar los instrumentos para licenciar los diferentes tipos establecimientos por capacidad resolutive y nivel de atención	!2 Talleres, incluye facilitación y sistematización x 1 vez	8000	1	8000
					Preparación de facilitadores y evaluadores de la calidad, reproducción de instrumentos, capacitación equipo nacional, movilización	1 vez cada año	11900	4	47600
				Provincial	Elaboración de plan de mejoramiento de unidades de finalidad pública incluye diagnostico inicial	Asistencia técnica para 1 vez x provincia	12500	4	50000
					Ejecución de plan de mejoramiento sobre la base de criterios definidos y evaluables	Fondo promedio por año por provincia	33366	4	133464
					Movilización para la ejecución del licenciamiento	Fondo promedio por año por provincia	8500	4	34000
A	04	03	Fortalecer los procesos de atención integral de salud de primer y segundo nivel según la normativa nacional	Nacional	Diseñar sistema de incentivos, e instrumentos de gestión y control de la atención y su estrategia de implementación, apoyo científico costada y con cronograma	Asistencia técnica para 1 vez	8000	1	8000
					Capacitación y pasantillas	Fondo promedio anual	3000	4	12000
					Evaluación	Taller incluye facilitación y sistematización x año x provincia	2000	4	8000
				Provincia	Soporte en equipos, adecuación de infraestructura, transporte para garantizar cap. Resolutive de servicios de salud	Fondo promedio por dos redes x provincia	350000	4	1400000
					Implantación de sistema de incentivos ³⁴ en base a criterios definidos y evaluables	Fondo promedio anual por provincia	150000	4	600000
					Soporte de apoyo científico,, aplicación de herramientas, supervisión,	Fondo promedio por provincia x año	111444	4	445776
					Apoyo financiero ³⁵ de acuerdo a criterios definidos y medibles, y su evaluación	Fondo promedio por provincia x año	85000	4	340000

³⁴ Incentivos no financieros (becas, capacitaciones, intercambios, etc.) para el personal de salud según ubicación geográfica, evaluación del desempeño y cumplimiento de metas programáticas.

³⁵ Apoyo financiero para fortalecer exclusivamente la capacidad resolutive (equipamiento, infraestructura, formación de recursos humanos) de las unidades de salud del MSP, municipios, IEISS, seguro campesino, de municipios y consejos provinciales.

7.4 MARCO LÓGICO DEL PROGRAMA

Lógica de intervención	Indicadores objetivamente verificables	Medios de verificación	Supuestos
Objetivo general: Contribuir al bienestar de la población en las provincias del norte del país a través del mejoramiento del acceso a servicios básicos			
Componente salud			
Objetivo específico 1: Mejorar el acceso de la población a una atención de salud Integral y de calidad en las provincias de Imbabura, Carchi, Pichincha (Norte) y Esmeraldas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incremento de al menos el 10% anual de la tasa de utilización de los servicios integrales con finalidad pública de primer nivel en todos los grupos de edad en las microrredes de intervención del programa. ✓ Al menos el 60% (8) más de las microrredes financiadas por el programa funcionando con recursos técnicos y financieros de las contrapartes. ✓ Al menos 4 intervenciones estratégicas del programa se institucionalizan en el ámbito nacional. 		<ul style="list-style-type: none"> - La Política de salud se reafirma en su carácter público - La situación política y económica del país permite el desarrollo de las actividades y de los procesos impulsados por el Proyecto y existen acuerdos de cooperación interinstitucional. - Las instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales del país participan activamente en las actividades del Proyecto.
Resultado 1.1: Se cuenta con un conjunto de políticas que garanticen el ejercicio del derecho a la salud integral	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Al menos 3 políticas públicas de salud concertadas y adaptadas a la realidad territorial local especialmente en el área rural 	Documento de políticas difundido a los diferentes actores	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Existe apertura del nivel nacional del MSP para la concertación y cooperación entre nivel de gobierno en el ámbito de la salud
Act. 1.1.1 Proponer y concertar en forma participativa un conjunto de políticas que garanticen la aplicación del ejercicio del derecho a la salud.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Al menos 2 mecanismos de aplicación de políticas definidos, consensuados e implementados por territorio 	Documento de sistematización de mecanismos de aplicación de la política	
Act. 1.1.2 Identificar, concertar y estructurar mecanismos de aplicación de políticas nacionales de en los territorios de intervención.		Informes de monitoreo y evaluación	
Resultado 1.2 Modelo de gestión de salud y de servicios de salud definido e implementado en las áreas intervenidas, con involucramiento de los actores.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Modelo de gestión del sistema de salud y de servicios de salud concertado y funcionando entre los diferentes niveles de gobierno ✓ Al menos el 70% de aplicación del modelo de gestión del sistema de salud y de los servicios de salud. ✓ Al menos el 80% de cumplimiento del Programa de fortalecimiento institucional para la gestión del sistema de salud y de los servicios de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Documento de roles y funciones acordados e informes de implementación ✓ Documentos de Planes de salud y de servicios 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El modelo de gestión del estado continua siendo descentralizado, desconcentrado y participativo ✓ Existe un escenario de concertación y cooperación entre el MSP y los Gobiernos seccionales ✓ La participación y control social se fortalecen en la nueva constitución
Act. 1.2.1 Apoyar la definición, concertar roles y funciones en salud y en servicios de salud entre diferentes niveles de gobierno.		Documento de roles y funciones en la gestión de salud por niveles de gobierno	
Act. 1.2.2 Diseñar, concertar e implementar el modelo de gestión participativo de salud y de servicios de salud en los territorios priorizados		Documento de modelo de gestión de salud provincial y de servicios de salud	

Lógica de intervención	Indicadores objetivamente verificables	Medios de verificación	Supuestos
Act. 1.2.3. Operativizar y racionalizar el sistema de información de salud para la toma de decisión de manera territorial e integral		Instrumentos diseñados e informes de aplicación	
Art. 1.2.4. Diseñar e implementar el monitoreo y evaluación del desempeño del sistema de servicio de salud.		Documento e informes	
Act. 1.2.5 Implementar mecanismos de participación y control social en la gestión de salud y de servicios de salud		Documento de sistematización e informes	
Act. 1.2.6 Definir e implementar un Programa de fortalecimiento institucional de apoyo al modelo de gestión.		Documento de programa e informes de ejecución	
Resultado 1.3: Se cuenta con una propuesta de política de financiamiento y asignación de recursos financieros territorializada, diseñada e implementada con criterios de equidad y funcionalidad.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Al menos el 60% de la política de distribución de recursos presupuestarios y financieros de diversas fuentes implementándose. ✓ Al menos el 80% de los recursos financieros concertados se han ejecutado con calidad del gasto. ✓ Al menos 1 propuesta innovadora local de financiamiento para la gestión de los servicios de salud por territorios 	Manual de aplicación de criterios de asignación y distribución de recursos y evaluación del gasto	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Existen políticas nacionales para mejor la asignación de recursos con equidad y articulando fuentes de financiamiento en salud. ✓ La participación y control social se fortalecen en la nueva constitución
Act. 1.3.1 Elaborar de forma concertada una propuesta articulada y territorializada de distribución de recursos financieros de diversa fuentes		Documento de propuesta	
Act. 1.3.2 Diseñar e implementar un sistema de presupuestación y financiamiento plurianual de diversas fuentes con mecanismos transparentes de ejecución para la gestión de salud y de servicios de salud		Documento de diseño e informes de aplicación	
Act. 1.3.3 Elaborar y operar un sistema de compras transparente y eficaz de forma electrónica (WEB)		Documento de diseño y número de compras realizada	
Act. 1.3.4 Definir, aplicar, monitorear y evaluar la asignación de los recursos financieros y la calidad de gasto de los servicios de salud.		Documentos de diseño e informes de aplicación	
Act 1.3.5 Construir propuestas innovativas locales de financiamiento y gestión de los servicios de salud		Documento de alternativas de financiamiento e informes de aplicación	
Resultado 1.4 Se ha mejorado la provisión de servicios de salud con calidad y articulación, en las áreas intervenidas en las provincias seleccionadas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Al menos 12 sistema de prestación de servicios (microrredes) diseñadas y ejecutándose en los territorios intervenidos. ✓ Al menos el 40% de cumplimiento de las referencias y contrarreferencia del nivel primario al nivel hospitalario y viceversa. ✓ Al menos el 50% de establecimientos han adecuado sus servicios de atención a las realidades locales y culturales con calidad ✓ Al menos el 70% de proveedores de los municipios y consejos provinciales que se han articulado a las microrredes de prestación de servicios. 	Informes sobre utilización, referencias y estancias hospitalarias	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Las instituciones están abiertas a que sus establecimientos de salud coordinen y cooperen. ✓ Los profesionales de salud trabajan en consenso técnico y establecen modalidades organizacionales comunes
Act. 1.1.1 Conformer y ejecutar un sistema de provisión de servicios de salud en microrredes plurales por provincia, que incluya a prestadores de municipios y consejos provinciales del programa.		Documentos de conformación de microrredes firmado por actores	
Act. 1.4.2 Licenciar a los establecimientos públicos y privados con finalidad pública		Informes de licenciamiento de proveedores con finalidad social	
Act. 1.4.3 Fortalecer los procesos de atención integral de salud de primer y segundo nivel de salud.		Informe de inversión por unidad de primer nivel y por provincia y cantón	

Lógica de intervención	Indicadores objetivamente verificables	Medios de verificación	Supuestos
Componente de Agua Potable y Saneamiento			
Objetivo Específico 2: Mejorar los servicios de agua potable y fortalecimiento de la gestión sanitaria en las áreas seleccionadas			
Resultado 2.1 Se ha Sistematizado el inventario y del diagnostico de sistema de agua potable, saneamiento y recursos hídricos en las zona seleccionadas	✓ 4 provincias y 2 cantones de pichincha disponen inventarios y diagnostico de los sistemas de agua potable, saneamiento y recursos hídricos.	Banco de datos	El Gobierno facilita el desarrollo del programa
Act. 2.1.1 Recopilar la información, procesar y difundir el inventario y el diagnostico			
Resultado 2.2 Se cuenta con las normas, el Control y la vigilancia de la calidad del agua	✓ Se dispone de una guía de normas de control y vigilancia de calidad del agua de consumo humano ✓ Existe un control y vigilancia periódicos de la calidad del agua de consumo humano en las JAAPs de las zonas de intervención.	Cartilla de normas de calidad del agua Actas de entrega recepción instrumentos	Las autoridades facilitan la coordinación interinstitucional local, JAAPs participativas
Act. 2.2.1 Armonizar, difundir y apoyar la aprobación de las normas de calidad del agua y de mecanismos de control			
Act. 2.2.2 Vigilar y fiscalizar la calidad de agua en la 5 provincias del programa			
Resultado 2.3 Se ha mejorado La sostenibilidad de los sistemas de agua de consumo humano y se ha fortalecido la gestión sanitaria en las áreas seleccionadas	✓ 90% de las JAAPs se encuentran legalizadas y cuentan con personería jurídica ³⁶ ✓ Al menos el 10% de las JAAPs fortalecidas en cada una de las áreas intervenidas	Informes talleres, actas legalizadas, Informes de evaluación sistematizada.	Autoridades nacionales, locales y JAAPs apoyan el proceso,
Act. 2.3.1 validar las metodología de intervención y fortalecer las capacidades locales y de las JAAPs,			
Act. 2.3.2 Fortalecer la Organización y legalizar las JAAPs y Elaborar 30 planes de sostenibilidad,			
Act. 2.3.3 Implementar 20 planes de sostenibilidad Integrales promedio por municipio y consejos provinciales			
Act. 2.3.4 Monitorear y Evaluar 30 planes de sostenibilidad Integrales por municipio y consejos provinciales			
Act. 2.3.5 Capitalizar y Multiplicar las lecciones aprendidas a nivel nacional,			
Resultado 2.4 Se ha concientizado a los actores en la Educación sanitaria, el manejo del medio ambiente y conservación del recurso agua	✓ Al menos 50% de las escuelas seleccionadas se han capacitado y concientizado en los determinantes de la salud, educación sanitaria, manejo del medio ambiente y conservación del recurso agua de consumo humano. ✓ Talleres de capacitación a profesores	Herramientas de capacitación	Buena colaboración entre las instituciones involucradas
Act. 2.4.1 Armonizar y unificar las herramientas de comunicación y capacitación.		Informes de reuniones y talleres	
Act. 2.4.2 Capacitar a niños en el manejo del agua, educación sanitaria y conservación de las fuentes y campañas de educación a la población, con base a experiencias locales en marcha		Encuestas en escuelas y población	

³⁶ legalización y personería jurídica de las Juntas Administradoras de Agua Potable es competencia únicamente del MIDUVI

7.6 TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA EL PERSONAL

Asesor Técnico Internacional

Será designado por procedimientos de la CTB. El proceso de obtención de su visado será gestionado a través de la AGECI y la Embajada del Ecuador en Bruselas

Será el asesor técnico principal del programa y tendrá como funciones:

- a. Asesorar la integralidad y calidad de las acciones del Programa apoyando al equipo técnico nacional y a los Coordinadores Provinciales y a otras instituciones ejecutoras del programa
- b. Asesorar en la implementación de la visión multisectorial del Programa
- c. Asesorar en la implementación de la visión territorial del Programa
- d. Asesorar en la definición e implementación de las Políticas nacionales de Salud, Agua y Saneamiento
- e. Apoyar en los procesos de gestión de conocimiento y transferencia tecnológica,
- f. Apoyar en la definición de requerimientos de asesorías específicas.
- g. Apoyar la implementación de mecanismos de transparencia y veeduría ciudadana,
- h. Sistematizar las lecciones aprendidas y organizar la gestión del conocimiento
- i. Implementar una reflexión permanente del programa en función de la armonización con la planificación territorial, la reforma del sector y la ejecución del Programa que será socializada de forma trimestral.

Tendrá altas competencias técnicas, en

- (i) definición de políticas de salud pública para desarrollar políticas y garantizar el ejercicio del derecho a la salud integral,
- (ii) de organización y manejo de servicios y sistemas de salud para establecer un modelo de gestión y de servicios y mejorar la calidad de la provisión de servicios,
- (iii) en economía de la salud para definir una política de financiamiento y asignación de recursos financiera territorializada. Igualmente debe tener experiencia en los aspectos de manejo de recursos humanos y de construcción de equipo.

Estará anclado institucionalmente al nivel del MSP central en Quito. Tendrá el rol de consejero técnico y estratégico a la Subsecretaría General y tendrá una función de dinamización del programa tanto a nivel nacional como provincial.

El ATI tendrá una visión global y multidimensional de la salud pública y comunitaria, de la economía de la salud, de la socio-antropología, de la comunicación y las micro-finanzas. Desarrollará vínculos estrechos con los equipos responsables de otros proyectos bilaterales entre Ecuador y Bélgica con los cuales buscará sinergias de acción

El ATI deberá tener al menos el título de tercer nivel (maestría) en salud pública y/o economía de salud con al menos 15 años de experiencia profesional en los temas relacionado con el programa con conocimiento del desarrollo de la salud en América Latina. Dominio del idioma español obligatorio.

Asesor Técnico de Salud Pública Nacional ATN/SPN (1)

Para apoyar la implementación del Programa, dependerá de la Dirección General de Salud, el tiempo y ubicación física dependerá de los requerimientos y desarrollo del programa, su énfasis estará en:

- a. Apoyar la articulación y trabajo conjunto con los actores nacionales involucrados en la implementación del Programa.
- b. Apoyar la operacionalización de los lineamientos nacionales a nivel de las provincias.
- c. Asesorar a los ATN/SPP para diseñar e implementar mecanismos técnicos para la operacionalización de acuerdo a la realidad local.
- d. Sistematizar la información del monitoreo y evaluación del trabajo realizado en las provincias.
- e. Acompañar el fortalecimiento institucional con asistencia técnica.

Asesores Técnicos de Salud Pública Provinciales ATN/SPP (4)

Serán los responsables de la asesoría técnica del programa al nivel provincial. Este técnico estará ubicado en la Dirección Provincial de Salud.

Estos asesores tendrán las tareas siguientes.

- a. Apoyar la coordinación y cooperación entre las diversas instituciones, técnicos, consultores y actores implicados en el Programa al nivel provincial
- b. Facilitar la puesta en marcha el Programa y asegurar la ejecución de sus actividades de acuerdo al Plan Operativo y los demás documentos que lo regulan.
- c. Apoyar la concertación con las direcciones provinciales del MSP, MIDUVI, Gobiernos Provinciales, Gobiernos Locales y otros el Plan de Operativización del programa
- d. Elaborar los planes e informes trimestrales, semestrales y anuales, para aprobación.
- e. Apoyar el monitoreo y evaluación de las acciones y su sistematización para ser presentadas a nivel nacional
- f. Elaborar los Términos de Referencia para la contratación de consultorías al nivel provincial, la prestación de servicios así como para la adquisición de bienes y de equipos.
- g. Asesorar el mejoramiento de los procesos de gestión del programa,
- h. Asesorar el cumplimiento de la normatividad interna y de la orientación del uso de los recursos al cumplimiento de los planes y programas aprobados por el Comité de Gestión del Programa.
- i. Apoyar en los procesos de evaluaciones técnicas/financieras
- j. Trabajarán en cooperación estrecha con los Consejos provinciales de Salud y la DPS donde estarán anclados físicamente. Será en complementariedad con el segundo ATN (apoyo institucional), el principal facilitador de las negociaciones en el cuadro de la identificación de los POA a nivel provincial (ver modalidades de ejecución).
- k. Tendrá la responsabilidad, el seguimiento del proceso de creación gradual de 2 microrredes en una de las 5 provincias donde estará ubicado. El ATN ubicado en Ibarra tendrá también bajo su responsabilidad el seguimiento de las actividades de los dos cantones de intervención en Pichincha.

Asesores técnicos de apoyo institucional ATN-AI (4)

Asegurarán el monitoreo de las investigaciones-acción llevadas en las regiones de intervención del programa y la transmisión de la información mediante intercambios entre regiones y los actores al nivel central. También, podrán ser llamados a intervenir al nivel de las otras provincias en las que realiza la intervención y al nivel central. Serán anclados físicamente a nivel de la “Prefectura” (Consejos Provinciales). Se valorará su pertinencia en base a la definición de necesidades al inicio del Programa.

Su perfil será de economista o sociólogo trabajaran estrechamente con los consejos provinciales de cada provincia. Deberán aportar una experiencia de al menos 10 años en su profesión es necesaria y de preferencia en el ámbito específico de reforzamiento de instituciones (publicas). Son denominados ATN de apoyo institucional provincial.

Darán específicamente apoyo a los consejos provinciales y cantonales de salud para mejorar su papel específico en el sector. Serán igualmente facilitadores importantes para la elaboración de un POA concertado para cada provincia. Seguirán y apoyarán los consejos provinciales de salud para la ejecución de las actividades identificadas en el POA y que son de la responsabilidad de los consejos de salud (provinciales y cantonales).

Además seguirán específicamente la ejecución de las actividades de agua y saneamiento a nivel provincial y más periférico. Este ATN tendrá también una relación privilegiada con el MIDUVI, las ONG, JAAPs, etc. y fortalecerán la colaboración entre los consejos provinciales de salud y los otros actores de salud territorial; será muy importante la relación y apoyo al fortalecimiento de las DPS del MSP y MIDUVI.

Asesor técnico nacional del programa especialista en Agua y Saneamiento (1)

Su localización es nacional en la estructura del MIDUVI, pero su trabajo será también en las provincias; sus funciones son:

- a. Coordinar acciones del Programa y el componente con los Asesores Técnicos Provinciales y los representantes de las Juntas Parroquiales de Agua y las instituciones ejecutoras del programa
- b. Asegurar el seguimiento y evaluación del programa
- c. Asegurar la vinculación estrecha entre las estrategias a nivel local y las políticas a nivel nacional
- d. Garantizar que los espacios de concertación a los diferentes niveles funciona para ayudar a definir el modelo de intervención.
- e. Recibir y consolidar los Planes de los diferentes actores
- f. Consolidar el seguimiento y evaluación del programa
- g. Acompañar el fortalecimiento institucional con asistencia técnica.

APOYO administrativo – financiero

Responsable administrativo y financiero nacional (RAF)

Será seleccionado según procedimientos de la CTB. Sus funciones son:

- a. Consolidar la información financiera de todas las entidades ejecutoras del programa

- b. Apoyar las diferentes entidades con asistencia técnica en el área de contabilidad y elaboración de informes financieros
- c. Hacer el seguimiento del presupuesto global del programa
- d. Apoyar el MSP en el establecimiento del nuevo sistema e-SIGEF y a dar recomendaciones para una gestión transparente dentro del MSP
- e. Organizar con el MEF cursos de capacitación del personal administrativo y financiero de las diferentes instituciones. Los responsables financieros de las provincias participaran en esta actividad.
- f. Estará ubicado en la AGECI o la CTB.

Contable, administrativo provincial (4)

Para el manejo de los recursos a nivel provincial. Serán seleccionados según un procedimiento concertado y aprobado por el Comité de Gestión. Físicamente estará ubicado en las DPS la misma que proporcionara las condiciones de trabajo funcionales para el desempeño de sus actividades. Sus funciones son:

- a. Elaborar la planificación financiera del programa a nivel provincial aprobado por el Comité de coordinación provincial
- b. elaboración de informes financieros
- c. Hacer el seguimiento del presupuesto global del programa en la provincia correspondiente.

7.7 FUNCIONES DE LA ESTRUCTURA NACIONAL DEL MINISTERIO SALUD PÚBLICA

NORMA: Acuerdo Ministerial 1014

STATUS Vigente

PUBLICADO: [Registro Oficial 83](#)

FECHA: 8 de Diciembre de 1998

NACIONAL

El Nivel de Dirección Superior dirige, orienta y formula políticas y líneas de acción necesarias para solucionar los problemas estratégicos del sector salud. Lo conforman: Ministro de Salud, Subsecretario General de Salud; Subsecretario Nacional de Medicina Tropical; y, Director General de Salud.

Subsecretaría general de salud:

El Subsecretario General de Salud realizará la coordinación nacional de la gestión y de las acciones integrales de salud de la institución a través de la Subsecretaría Nacional de Medicina Tropical y de la Dirección General de Salud. Tendrá también bajo su dependencia el Instituto Ciencia y Tecnología en Salud, así como, las Direcciones Nacionales de: Seguridad Nacional y Prevención de Desastres; Administrativa - Financiera y la de Gestión de Personal, la Dirección Nacional de Planificación

Dirigirá e impulsará la modernización y reingeniería de las entidades y unidades de dependencia de la Subsecretaría y fortalecerá la capacidad regional de diseño y gestión de proyectos de salud, orientará los procesos de reforma del sector y fortalecerá la capacidad gerencial de la institución para atender los requerimientos y demandas locales.

La Dirección Nacional de Planificación y Financiamiento, se encargará de los procesos de planificación y asignación de recursos fiscales; del sistema de financiamiento sectorial; así como, de la administración del sistema nacional de información de salud.

Dirección General de Salud:

La Dirección Nacional de Comportamiento Organizacional, se encargará de la administración de los procesos de cambio, desarrollo institucional y reingeniería en función de los nuevos roles, así como, de la planificación y desarrollo del recurso humano institucional y sectorial, orientado a su desarrollo profesional.

La Dirección Nacional de Desarrollo Sectorial, será la encargada de la coordinación sectorial, así como de la implantación del Sistema Descentralizado de Salud.

La Dirección General de Salud, dirigirá los procesos técnico - normativos en la formulación de planes y programas de salud; supervisará y evaluará su cumplimiento, regulará y controlará las actividades de salud a nivel nacional conforme al Código de la Salud, excepto en el ámbito de la jurisdicción de la Subsecretaría Nacional de Medicina Tropical.

Tendrá bajo su dependencia las Direcciones Nacionales de: Promoción y Atención Integral de la Salud, Desarrollo de Servicios de Salud, Salud Ambiental, Epidemiología y Control Sanitario.

Dependerá también de la Dirección General de Salud el Centro Estatal de Medicamentos e Insumos Médicos (CEMEIM), el mismo que será sometido a un proceso de reingeniería y modernización.

La Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud impulsará actividades intersectoriales, integrales e integradas para la promoción de la salud. Formulará, instrumentará y evaluará las acciones técnico normativas para el desarrollo de planes y programas de salud.

La Dirección Nacional de Servicios de Salud será la encargada de impulsar y facilitar procesos de modernización de la gestión y normatización de recursos a nivel hospitalario y ambulatorio, para mejorar la cobertura y calidad de las prestaciones de salud, incluida la atención farmacoterapéutica.

La Dirección Nacional de Salud Ambiental propiciará acciones técnico normativas destinadas al control de la contaminación ambiental, la promoción de ambientes saludables y la preservación del ambiente físico, industrial y laboral.

La Dirección Nacional de Epidemiología tendrá bajo su responsabilidad el permanente análisis y actualización de la situación de salud del país, y la implementación del sistema de vigilancia epidemiológica en salud, las normas técnicas para la prevención y control de enfermedades.

La Dirección de Control Sanitario, será responsable de establecer las normas sanitarias para medicamentos, alimentos y otros productos, así como de los establecimientos, profesiones médicas y afines; del control de precios, buenas prácticas de manufactura; y, de la tramitación de importaciones que se realicen en la ciudad de Quito. Esta Unidad coordinará con la Dirección Nacional de Registro Sanitario de la Subsecretaría Nacional de Medicina Tropical.

Nota: Artículo reformado por Acuerdo Ministerial No. 683, publicado en Registro Oficial 712 de 26 de Noviembre del 2002 . (Las funciones no cambian, cambian los nombres de las direcciones)

Subsecretaría Nacional de Medicina Tropical:

La Subsecretaría Nacional de Medicina Tropical, tendrá su sede en la ciudad de Guayaquil, dirigirá los procesos nacionales relacionados con el Registro Sanitario y Control de Calidad de: medicamentos en general; productos naturales procesados; drogas; dispositivos médicos; cosméticos, productos higiénicos o perfumes y plaguicidas de uso doméstico, industrial o agrícola; los procesos tendientes a mejorar la calidad y cobertura del control y vigilancia de brotes y epidemias y enfermedades transmitidas por vectores, con ámbito de acción en las zonas tropicales y subtropicales del país. A nivel de las regiones litoral e insular, realizará la supervisión técnica de planes y programas de salud, coordinará las acciones de desarrollo institucional, así como las de prevención y mitigación de desastres y fenómenos naturales.

a Subsecretaría Nacional de Medicina Tropical a nivel de las regiones Litoral e Insular realizará además de la supervisión técnica, la coordinación, evaluación y control de los planes y programas integrales de Salud.

Tendrá bajo su dependencia el Instituto Nacional de Higiene Leopoldo Izquieta Pérez, el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, la Dirección Nacional de Registro Sanitario, la Dirección de Desarrollo Institucional, así como la Dirección de Epidemiología y la Unidad de Contingencia para la Atención de Desastres.

Para el efecto dirigirá la gestión y los procesos de modernización del Instituto Nacional de Higiene Leopoldo Izquieta Pérez, así como del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, para elevar su eficiencia y nivel técnico científico. La modernización del SNEM, estará encaminada a la creación del Instituto Nacional de Medicina Tropical, responsable de la gestión de programas de prevención, control y vigilancia de enfermedades tropicales.

La Dirección de Epidemiología se encargará de las funciones de vigilancia y control con especial énfasis en las enfermedades tropicales en coordinación con la Dirección Nacional de Epidemiología.

Subsecretaría de Extensión de la Protección Social:

Acuerdo N° 343 - 3 de Julio del 2007

Art.3.- La Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud, como instancia del nivel gobernante del Ministerio de Salud Pública, situada jerárquicamente a continuación de la Subsecretaría General de Salud es la encargada de conducir la rectoría y políticas de extensión de la protección social en el territorio nacional, vinculadas a la garantía de protección financiera para el acceso efectivo de quien lo requiera, a los servicios y prestaciones del plan integral de salud.

- a. **Art.4.-** La garantía de protección financiera a que se refiere el artículo anterior comprende, además, las competencias, atribuciones, funciones, derechos, obligaciones, que según los Derechos Ejecutivos números 1832 y 962, publicados en los Registros Oficiales Suplementos N°s. 369 y 171 de 3 de octubre del 2006 y de 22 de diciembre del 2005 en su orden, como aquellas contenidas en los convenios, contratos u otros instrumentos jurídicos, nacionales o internacionales, que la Secretaría Nacional de los Objetivos del Desarrollo del Milenio – SODEM -, cumplía con relación al Programa de Aseguramiento Universal de Salud –PROAUS.-
- b. **Art.5.-** Los objetivos de la Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud son:
 - Proponer políticas de extensión de la protección social en el país, así como las reformas necesarias y suficientes para su adecuado ejercicio.
 - Definir la agenda estratégica para el cumplimiento de las políticas de extensión de la protección social.
 - Coordinar, monitorear y evaluar la ejecución de las políticas.
 - Desarrollar un sistema de gestión eficiente y eficaz de los procesos y productos en ellas contemplados.
 - Establecer los mecanismos idóneos para asegurar un sistema de información e indicadores oportunos y adecuados para la toma de decisiones.

7.8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Colombia, in vivo test of health care privatisation in developing countries. Volume 35, Number 1, Pages 125–141, 2005
- OL Acosta, M Ramirez, CI Carión. Principales estudios sobre sostenibilidad financiera del sistema general de seguridad social en salud. Universidad del Rosario, Facultad de Economía, Colombia, oct 2004. Pg 25
- Stewart, M. A. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc. Sci. Med.* 19(2): 167-175, 1984.
- Engel, G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196:129-136,1977
- McWhinney, I. R. General practice as an academic discipline: Reflections after a visit to the United States. *Lancet* 1: 419-423, 1966.
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The Canadian Guide to Clinical Preventive Health. Minister of Supply and Services, Ottawa, 1994.
- Weed, L. L. Medical Records, Medical Education, and Patient Care. Year Book Medical Publishers, Chicago, 1969.
- Crossley, D., Myres, M. P., and Wilkinson, G. Assessment of psychological care in general practice. *BMJ* 305: 1333-1336, 1992.
- Weed, L. L. Medical Records, Medical Education, and Patient Care. Year Book Medical Publishers, Chicago, 1969.
- Lett, R. Canadian network for international surgery: Development activities and strategies. *Can. J Surg.* 43(5): 385-387, 2000
- Sohler, N., Frejacques, L., and Gagnayre, R. Design and implementation of a training programme for general practitioners in emergency surgery and obstetrics in precarious situations in Ethiopia. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* 81(6): 367-375, 1999.
- Loutfi, A., McLean, A. P., and Pickering, J. Training general practitioners in surgical and obstetrical emergencies in Ethiopia. *Trop. Doct.* 25 (Suppl. I): 22-26, 1995.
- Diallo I, McKeown S, Wone I. Bamako boost for primary care. *World Health Forum* 1996;17:382-385.
- Hanson K, Gilson L. Cost, resource use and financing methodology for basic health services. A practical manual. Bamako-Initiative-Technical-Report-Series. 1993; No. 16.
- Knippenberg R, Levy-Bruhl D, Oseni R, Drame K, Soucat A, Debeugny C. The Bamako Initiative continued. *Children-in-the-Tropics*. 1990; No. 184-185.
- Bamako-Initiative-Technical-Report-Series, Unicef / WHO
- APS project, Belgian Cooperation, Puyo, Azogues and Quevedo districts.
- Berman P, Laura R. 1996. The role of private providers in maternal and child health and family planning services in developing countries *Health Policy and Planning*; 11: 142-155
- Report on the Interregional Meeting on Strengthening District Health Systems Based on Primary Health Care. Harare, Zimbabwe, 3 to 7 August 1987. WHO, Geneva, 1987.
- M.Segall. 2003. District health systems in a neo-liberal world: a review of five key policy areas. *Int J Health Planning and Management* 2003; 18: S5-S26
- Pan American Health Organization. Taller de expertos en sistemas integrados de servicios de salud. Santiago de Chile, 22-23 de Octubre, 2007

- “Renewing Primary Health Care in the Americas”: A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization, 2007.
- Protección Social de la Salud: Una estrategia de la OIT para el acceso universal a la atención de salud. Documento de consulta. Agosto 2007. Campaña mundial sobre seguridad Social y cobertura para todos. OIT 2007
- Plan de Desarrollo del Ecuador 2007-2010. SEMPLADES. Octubre 2007
- Encuesta de Condiciones de vida 2006. INEC 2007