



ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN DE PAÍS, DE LA OPS/OMS EN ECUADOR, PERIODO 2010-2014

WDC, septiembre 2009

Índice de Contenidos

I. INTRODUCCION.....	3
II. DESAFÍOS DEL DESARROLLO Y LA SALUD EN EL PAÍS.....	4
2.1 Contexto macroeconómico, político y social.....	4
2.2 Principales problemas de salud según grupos étnicos y género.....	6
2.3 Refugiados	7
2.4 Desastres.....	8
2.5 Salud Ambiental	9
2.6 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)	10
2.7 Financiamiento del Sector de la Salud.....	13
2.8 Recursos del Sector de la Salud.....	14
2.9 Sistema de provisión de los servicios de salud.....	16
2.10 El Proceso de Reforma	20
2.11 Desafíos.....	21
III. COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO Y ALIANZAS ESTRATÉGICAS.....	22
IV. ACTIVIDADES ACTUALES DE COOPERACIÓN DE LA OPS/OMS.....	25
4.1 Estrategias.....	25
4.2 Prioridades.....	26
4.3 Recursos financieros con cargo al presupuesto regular y otras fuentes.....	29
4.3.1 Análisis por tipo de gasto	29
4.3.2 Recursos humanos.....	30
4.3.3 Infraestructura y equipos en las oficinas.....	30
4.3.4 Alianzas de la OMS con otros organismos, y ventajas comparativas.....	31
4.3.5 Fortalezas y debilidades de la cooperación de la OPS/OMS Ecuador.....	31
V. EL MARCO POLÍTICO DE LA OMS, DIRECTRICES	33
VI. AGENDA ESTRATÉGICA.....	35
6.1 Introducción.....	35
6.2 Prioridades de cooperación técnica de la OPS/OMS con el país.....	36
6.3 Enfoque estratégico de la cooperación técnica.....	38
VII. IMPLEMENTACIÓN DE LA AGENDA ESTRATÉGICA.....	39
Anexo 1 Contexto de la Cooperación Técnica de la OPS-Ecuador, 2000 a 2008.....	41
Anexo 2 Organigrama de la Representación de OPS/OMS-ECU 2009.....	42
Anexo 3 Entidades participantes.....	43
Anexo 4 Inventario de bienes de la OPS/OMS – Ecuador.....	44
Anexo 5 Siglas.....	45
Anexo 6 Agenda de trabajo	46

I. INTRODUCCIÓN

Una de las cuestiones de mayor actualidad y trascendencia para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es cómo hacer más pertinente, eficiente y de mayor impacto la cooperación que se desarrolla con los países. En ese ámbito, la OMS ha generado una estrategia interna para centrar la cooperación en las necesidades y requerimientos de los países, que ha denominado Cooperación Enfocada en el País, que se instrumenta mediante la formulación de la Estrategia de Cooperación con el País o “*Country Cooperation Strategy*” (CCS por sus siglas en inglés).

En este marco global, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) ha establecido que, siendo su objetivo final el desarrollo de la salud de los países, debe responder de manera más efectiva tanto a las necesidades **específicas** de los países como a los mandatos globales y regionales dirigidos a enfrentar los problemas de salud de la Región y las grandes brechas existentes en condiciones y acceso a la salud. Por ello, bajo los principios de la equidad y la solidaridad, la OPS/OMS ha adaptado el instrumento desarrollado en la OMS a las características regionales y lo está aplicando como una herramienta de valor para la orientación estratégica y de mediano plazo de la cooperación técnica en función de las necesidades específicas de cada país.

El país acaba de pasar por un proceso electoral en abril de 2009 en el cual fue reelecto el actual presidente y manteniéndose las mismas autoridades en el sector de la salud.

A lo interno del Sistema de Naciones Unidas, el gobierno aprobó la propuesta del “Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF, por sus siglas en inglés). En coordinación con las autoridades nacionales y tomando como referencias básicas las prioridades establecidas en la planificación nacional y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), se han definido las áreas prioritarias y los resultados esperados para el nuevo ciclo programático de cooperación.

Para la elaboración de la ECP se contó con la participación de una misión integrada por funcionarios de los tres niveles de la OPS/OMS (global, regional y de país).

Entre el 9 al 13 de marzo de 2009, la misión sostuvo reuniones grupales y entrevistas individuales con las autoridades nacionales y provinciales de salud y un amplio número de representantes de los sectores públicos, privados y sociedad civil. Durante todo ese proceso, se tuvo acceso a una vasta selección de documentos oficiales del Gobierno de Ecuador, de la Representación de la OPS/OMS en el país y de otras instituciones nacionales y agencias de las Naciones Unidas, que sirvieron de referencia para el análisis de los principales problemas, políticas y programas de desarrollo nacional (Anexo 3).

Todas estas actividades tuvieron como finalidad precisar los principales problemas de la salud del país, actuales y previsibles para el mediano plazo; conocer y discutir las prioridades y políticas nacionales de desarrollo y de salud así como sus necesidades de cooperación técnica para, a partir de ello, identificar las prioridades de cooperación para la OPS/OMS y, los enfoques y modalidades con que esta Organización debería abordar los desafíos que fuesen finalmente acordados con las autoridades nacionales.

Asimismo, las prioridades de la cooperación de la OPS/OMS con Ecuador se enmarcan en los seis ejes transversales de la Organización: la estrategia de Atención Primaria de Salud renovada, la Promoción de la Salud, la Protección Social, la Igualdad de Género, Etnicidad y Derechos Humanos.

El jueves 12 de marzo la misión le presentó a la Ministra de Salud, Dra. Caroline Chang y su equipo de trabajo, el listado de las “Prioridades de Cooperación Técnica” que se describen más abajo, obteniéndose el pleno aval por parte de la máxima autoridad de salud del país.

II. DESAFÍOS DEL DESARROLLO Y LA SALUD EN EL PAÍS

2.1 Contexto macroeconómico, político y social

El Ecuador es un Estado constitucional, organizado en forma de República y se gobierna de manera descentralizada. Para el 2008, la población total del país era de 13.805.905 habitantes con una estructura demográfica predominantemente joven, con un 30% de menores de 15 años y un índice de envejecimiento del 25,97%. El 64% de la población vive en zonas urbanas y la densidad poblacional es de 52,3 habitantes¹ por km². El país se caracteriza por ser multiétnico y pluricultural, compuesto por población indígena, afrodescendiente, mulata, mestiza y blanca.

Administrativamente, se divide en 24 provincias; cada provincia tiene un gobernador designado por el Presidente de la República y un Prefecto elegido por votación popular, y se divide en municipios, con Alcaldes y Concejales electos también por votación popular. Desde 1979, su gobierno es democrático, siendo la máxima autoridad sanitaria el Ministerio de Salud Pública (MSP), quien dicta las políticas de salud.

Durante los últimos quince años, la evolución política del país en se ha caracterizado por una gran inestabilidad de las instituciones y conflictividad social, - entre 1992 y 2006 se sucedieron ocho gobiernos-, lo que generó una profunda crisis de gobernabilidad, violencia social, inestabilidad administrativa y falta de continuidad en la gestión pública. Estos problemas han afectado la dinámica del sector salud y sus reformas.

En la segunda mitad de la década de los 90 se observó un incremento de la pobreza y la extrema pobreza (del 39% en 1995 al 52% en 1999), debido principalmente al fenómeno hidrometeorológico “El Niño” ocurrido en 1998, a la crisis bancaria de 1999 y a la crisis financiera mundial². Como consecuencia de la crisis económica de 1999–2000, en el período 2001–2005, el Ecuador adoptó el dólar como moneda; asimismo, se calcula que casi un millón de personas abandonaron el país en busca de mejores condiciones de vida y oportunidades económicas. Durante el 2005, ingresaron al circuito de la economía más de US\$ 1.700 millones como remesas de la población migrante.

En la primera mitad de esta década hubo una reducción de la pobreza y la extrema pobreza (38.28%) en relación con la última década del pasado siglo³. Sin embargo el 61.5% de la población del área rural y el 67.7% de la población indígena del país era pobre o extremadamente pobre. Esta reducción de la pobreza no se asocia a transformaciones estructurales dirigidas a generar empleo y a reducir la desigualdad sino a un incremento en la inversión petrolera y a las remesas de los emigrantes.

¹ Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos(INEC)

² Sistema Integrado de Indicadores Sociales (SIISE). INEC-Encuesta de condiciones de vida 1995-1998-1999 (segundo semestre)

³ Sistema Integrado de Indicadores Sociales (SIISE). INEC

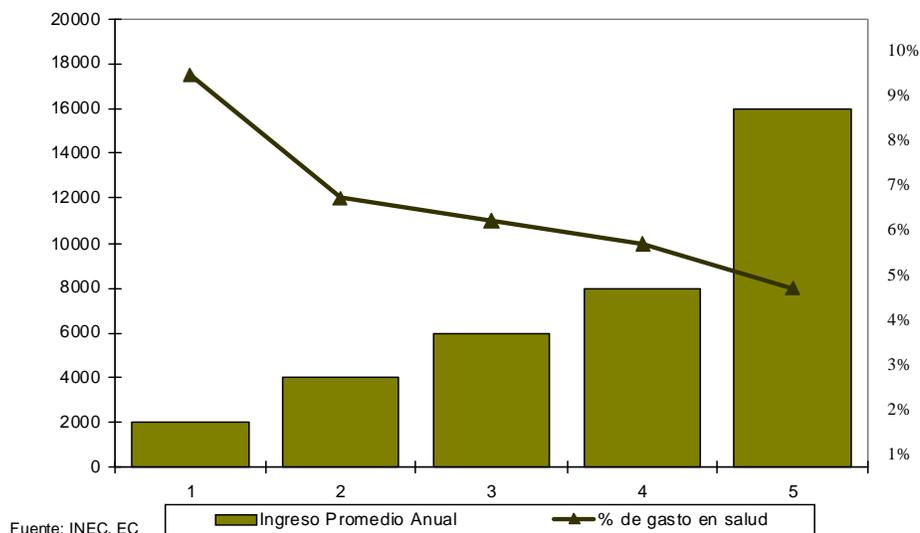
Tabla 1: Incidencia de pobreza y extrema pobreza de consumo por área y etnia (% de la población total), Ecuador 2005

Área	Pobreza	Extrema Pobreza
Campo	61.54	26.88
Ciudad	24.88	4.78
Etnia		
Indígena	67.79	39.32
Afro-ecuatoriana	43.28	11.64
Mestiza	30.78	8.28
Blanca	27.41	7.58
Otros	26.14	13.20
Nacional	38.28	12.86

Fuente: SIISE-INEC, con base en ECV 2005-2005, INEC

En el año 2006 las familias de bajos ingresos dedicaron más recursos en términos porcentuales para cubrir sus necesidades de atención en salud (9% en el quintil 1, en comparación con 4% en el quintil 5)⁴ Por otro lado, apenas el 12% de la población en el quintil 1 cuenta con un seguro de salud, comparado con el 36% de población del quintil 5.

Gráfico 1: Porcentaje de gasto en Salud por quintiles de ingreso Promedio anual Ecuador, 2006



⁴ Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Encuesta de Condiciones de Vida, 2006.

A partir de 2007, inició la gestión gubernamental del actual gobierno en un contexto de gran estabilidad política y financiera, lo cual -como se verá más adelante- ha sido altamente benéfico para los sectores sociales, en especial para el sector de la salud.

El mayor logro del segundo año de gobierno ha sido tener una nueva Constitución, aprobada por amplia mayoría el 28 de septiembre de 2008, que señala el norte y establece el marco de referencia dentro del cual ejercen los ecuatorianos y ecuatorianas sus derechos y practican sus obligaciones cívicas. La Constitución del 2008 es el marco jurídico-legal para instituir el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en el que se encuentra salud, para asegurar los objetivos del régimen de desarrollo. Los textos constitucionales de salud establecen que la misma es un derecho, señalan las características del sistema nacional de salud que funcionará dentro de los principios de universalidad y equidad, con una red pública integral y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional. En este sentido, los artículos de la nueva Constitución favorecen la reforma del sector, que en el país ha tomado el nombre de Transformación Sectorial de Salud del Ecuador (TSSE).

“Los logros en salud parten de una concepción integral, cuyo centro es la prevención. La salud, no es la carencia de enfermedades, sino que está asociada a la calidad de vida. Solamente en el último año, se ha triplicado la atención en salud familiar y comunitaria; se ha cuadruplicado el equipamiento y el personal de salud en los equipos básicos de atención en salud (EBAS). Por primera vez en la historia del país, no se registraron epidemias durante las graves inundaciones que se presentan en el litoral ecuatoriano”⁵

2. 2 Principales problemas de salud según grupos étnicos y género

Es importante destacar que, en el país, siguen existiendo brechas en la salud hacia poblaciones indígenas o afrodescendientes. Por ejemplo, el promedio de desnutrición crónica en niños indígenas de 0 a 59 meses fue 47%, mientras que el promedio nacional en este grupo de edad fue 23%. La desnutrición global en menores de 5 años fue 9,4%; en niños indígenas, 15,3%; en afrodescendientes, 11,6%; en mestizos, 8,7%, y en blancos, 6,3%. Para 2004 el promedio de mujeres afiliadas o beneficiarias de un seguro social público fue 15,7%, y el de mujeres indígenas 13,7%. Por fin, el porcentaje de mujeres indígenas que reportó haber sido maltratada físicamente antes de cumplir los 15 años fue 40,8% (promedio nacional, 27,7%) y psicológicamente 34,7% (promedio nacional, 24,9%)⁶.

⁵ Mensaje del señor Presidente de la República ante la comisión legislativa en el segundo año de gobierno. Quito, 15 de enero de 2009

⁶ Ibidem, p. 304.

10 causas principales de muertes según sexo

Para el 2007 se registraron un total de 58,016 muertes cuyas causas principales se presentan en la tabla 2 para los hombres y la tabla 3 para las mujeres.

Tabla 2

10 principales causas de muertes en hombres, Ecuador 2007		HOMBRES		
		6,820,843		
		33,103		
		48.5		
No.	CAUSAS DE MUERTE	Número	%	Tasa
1	Accidentes de transporte terrestre	2,131	6.4	31.2
2	Agresiones (homicidios)	2,070	6.3	30.3
3	Enfermedades isquémicas del corazón	1,711	5.2	25.1
4	Enfermedades cerebro vasculares	1,641	5.0	24.1
5	Influenza y Neumonía	1,560	4.7	22.9
6	Enfermedades hipertensivas	1,511	4.6	22.2
7	Diabetes Mellitus	1,510	4.6	22.1
8	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	1,148	3.5	16.8
9	Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas	1,140	3.4	16.7
10	Enfermedades del Sistema Urinario	908	2.7	13.3

Fuente: Indicadores básicos de salud, Ecuador 2008, MSP

Tabla 3

10 principales causas de muerte en mujeres, Ecuador 2007		MUJERES		
		6,784,642		
		24,913		
		36.7		
No.	Causas de muerte	Número	%	Tasa
1	Diabetes Mellitus	1,781	7.1	26.3
2	Enfermedades hipertensivas	1,537	6.2	22.7
3	Influenza y Neumonía	1,469	5.9	21.7
4	Enfermedades cerebro vasculares	1,499	6.0	22.1
5	Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas	1,189	4.8	17.5
6	Enfermedades isquémicas del corazón	1,075	4.3	15.8
7	Enfermedades del Sistema Urinario	864	3.5	12.7
8	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	667	2.7	9.8
9	Accidentes de transporte terrestre	524	2.1	7.7
10	Agresiones (homicidios)	231	0.9	3.7

Fuente: Indicadores básicos de salud, Ecuador 2008, MSP

2.3 Refugiados

La situación de conflicto interno que se vive en Colombia, país de frontera norte, ha generado el desplazamiento permanente de población colombiana en busca de refugio. De acuerdo con cifras que reporta el Ministerio de Relaciones Exteriores, para el 2009 se han registrado 45.231 solicitantes de refugio desde el año 2000, de los cuales, hasta el 2007, se han aceptado 14.300⁷. Por otra parte, ACNUR estima que son 250.000 personas que viven

⁷ Ministerio de Relaciones Exteriores, 2009, http://www.mmrree.gov.ec/refugiados/html/_Estadisticas.html

en situación de refugio⁸. Esta población se asienta en las provincias de Sucumbíos, Esmeraldas, Pichincha, Carchi, Azuay, Guayas y Manabí aumentando la demanda de los servicios de salud.

Un acuerdo ministerial ratificó, en el 2004, el compromiso del país en la asistencia humanitaria y en la atención de la población refugiada; los refugiados se incorporaron a los programas regulares del MSP, se estableció que la atención de su salud debía ser bajo iguales condiciones que para la población local y se integró la atención de embarazadas refugiadas en la Ley de Maternidad Gratuita⁹.

Al 2009, el Servicio Jesuita a Refugiados y Migrantes reporta 18,590 refugiados reconocidos, de los cuales 16.004 son de nacionalidad colombiana y la existencia de cerca de 200.000 en zona gris.¹⁰

La Oficina de Refugiados de la Cancillería ecuatoriana coordina con instituciones nacionales e internacionales la elaboración y ejecución de proyectos de desarrollo en las zonas de mayor influencia de refugiados, especialmente en las fronteras. Para el período 2007-2009, el MSP a través de la Dirección de Planeamiento de la Seguridad para el Desarrollo Nacional (DIPLASEDE) ha ejecutado proyectos con el apoyo de OPS/OMS dirigidos a equipar las salas de situación, fortalecimiento de los planes de emergencia hospitalarios y realización de simulaciones para evaluar la respuesta de los COE-S¹¹.

Durante el 2008, el MSP realizó algunas evaluaciones de calidad mediante la aplicación del licenciamiento a casi todas las unidades operativas de salud de la línea fronteriza. Los datos obtenidos revelan que dichas unidades deben mejorar sus condiciones de equipamiento y de recursos humanos, razón por la cual en promedio tienen un índice de licenciamiento condicionado¹².

2.4 Desastres

Mediante el Acuerdo 00526 del 6 de Mayo 2004, el MSP estableció la Red Nacional de Salud para atención en emergencias y desastres, liderada por la DIPLASEDE, responsable de la gestión de riesgos y de la planificación y ejecución de la mitigación, prevención y atención de la salud en casos de emergencias y desastres. Esto permitió que la DISPLASEDE desempeñará un rol protagónico en la evaluación de daños, implementación de planes de contingencia, respuesta oportuna en salud y liderazgo y coordinación sectorial mediante la conformación de los COE-S y designación de los Puntos Focales de Desastres y Equipos de Pronta Respuesta¹³ durante las emergencias por inundaciones en la Costa de los años 2005 y 2006 y, en la erupción del Volcán Tungurahua en el 2006

Las provincias con mayor riesgo o probabilidad de sufrir inundaciones son: Guayas, Los Ríos y Manabí; erupciones volcánicas: Chimborazo, Pichincha, Tungurahua y Cotopaxi; flujos masivos de población desde la frontera colombiana: Sucumbíos, Imbabura, Carchi,

⁸ ACNUR, Boletín Informativo, Refugiados en el Ecuador, primer trimestre 2009

⁹ OPS/OMS Ecuador, Situación de Salud Ecuador, 2006.- pagina 166

¹⁰ El Servicio Jesuita a Refugiados y Migrantes define la zona gris: grupo de población colombiana en situación de refugio que por no estar reconocidos como refugiados, y tampoco ser inmigrantes económicos, no están amparados por legislaciones particulares

¹¹ OPS/OMS, Consultoría para Evaluación de servicios de Servicios para la Respuesta a Emergencias y Atención a Refugiados; Dr. M. Guerrero, G. Rovayo, 2008.

¹² OPS/OMS, Consultoría para Evaluación de servicios de Servicios para la Respuesta a Emergencias y Atención a Refugiados; Dr. M. Guerrero, G. Rovayo, 2008.

¹³ OPS/OMS Ecuador, Situación de Salud Ecuador, 2006.- pagina 155

Esmeraldas. Los hospitales de mayor complejidad de estas provincias cuentan con planes de contingencia para desastres, existe una red interinstitucional de instructores en planeamiento hospitalario para desastres y, en el 2008 se elaboró la Política Nacional de Hospitales Seguros¹⁴; a partir del 2008 se están revisando los planes de emergencias provinciales y hospitalarios y se levantan los índices de seguridad en algunos hospitales de la sierra y la costa como Manabí y frontera norte; este índice determina el nivel de seguridad y vulnerabilidad con el objetivo de establecer un plan para la reducción de esta última¹⁵.

2.5 Salud Ambiental

Los recursos hídricos se caracterizan por: (a) ríos y otros cuerpos de agua contaminados con cargas orgánicas, substancias tóxicas, hidrocarburos y microorganismos patógenos, (b) disminución de la disponibilidad de caudales superficiales en la Sierra y sobreexplotación de acuíferos en la Costa, (c) severa disminución de los glaciares (33% en los últimos 50 años) y eventos extremos relacionados al agua; y, (d) disminución de la superficie histórica de los páramos, agentes reguladores naturales de caudales, en al menos un 25%.

En la gestión del sector de recursos hídricos, el país ha carecido de políticas nacionales; existe atomización en los aspectos de coordinación en las responsabilidades, lo que genera un alto potencial de conflictos por la inequidad y mala asignación de los derechos de uso de agua. Se perdió la memoria histórica sobre la gestión del agua desde 1990 a la fecha, la información hídrica útil para planificar una gestión racional e integrada es precaria y la existente está desactualizada. Las tarifas que se cobran por el agua no representan el costo real del servicio y son insuficientes para sostener un sistema de gestión.

La actual administración de gobierno está impulsando una profunda reforma normativa e institucional del sector hídrico y sus subsectores. Se ha creado la nueva Secretaría Nacional del Agua, que tiene la misión de diseñar e implementar el Plan Nacional del Agua, que establece estrategias y acciones desde el nivel nacional hasta el nivel de cuencas hidrográficas. Esto es de particular importancia considerando el impacto que tendrá el cambio climático.

En el Ecuador existe un Programa de manejo de desechos hospitalarios que es regido por el "Reglamento sobre manejo de los desechos infecciosos en las instituciones de salud". En el año 2005, se implementó el programa en 891 instituciones públicas y privadas. Además, se capacitó y asesoró a casi 6.000 trabajadores y profesionales de salud en el manejo de desechos hospitalarios.

La utilización de sustancias tóxicas en actividades agrícolas, industriales y comerciales ha traído como consecuencia un deterioro ambiental, producto de las descargas sin tratamiento de efluentes líquidos, emisiones a la atmósfera y desechos sólidos, muchos de ellos, con metales pesados y productos químicos tóxicos. El Artículo 397, numeral 3 de la Constitución señala que el estado regulará la producción, importación, distribución y uso de aquellas sustancias tóxicas y peligrosas para las personas y el ambiente. El sistema de vigilancia de enfermedades de notificación obligatoria (SIVE-ALERTA) del MSP muestra un incremento en los casos de intoxicaciones agudas por plaguicidas, de 1.450 en 1995 a 1.991 en el 2004.

La OPS/OMS, junto al MSP ha venido trabajando en promover estilos de vida saludables, con énfasis en el control de tabaco y la aplicación del Convenio Marco (CM), fortaleciendo su aplicación desde el 2008 a través del Comité Inter-institucional de Lucha Antitabáquica (CILA), quien se reúne periódicamente con el fin de dar seguimiento al CM. A partir del 2007

¹⁴ MSP, Ecuador, Política Nacional de Hospitales Seguros.

¹⁵ MSP, DIPLASEDE, Informe de ejecución de proyecto hospital seguro, 2008

se ha fortalecido en la promoción de Municipios Saludables en el marco de la Iniciativa de Rostros Voces y Lugares (RVL) que en la actualidad se está poniendo en práctica en 8 cantones del país; otros temas que se han desarrollado con mucha relevancia son: Seguridad Vial, fortalecimiento del Sistema Sanitario y de la rectoría del MSP en las áreas de Vigilancia de la Calidad del Agua, Desechos Hospitalarios, Contaminación Toxicológica, habiéndose fortalecido los dos Centros Toxicológicos que dan servicio a todo el país, uno en Quito y otro en Guayaquil.

2.6 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

Los ODM están contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo del Ecuador. A continuación se presenta una síntesis de los avances.

- **Objetivo 1:** “Erradicar la pobreza extrema pobreza y el hambre”.
El II Informe de los ODM en Ecuador concluye que no existen avances significativos para alcanzar la meta. La prevalencia de desnutrición crónica en niños <5 años ha disminuido de 26% en 1999 a 18% en el 2006. La reducción del hambre debe plantear la desnutrición infantil como problema central¹⁶.
- **Objetivo 2:** “Lograr la enseñanza primaria universal”. Existe un estancamiento en la erradicación del analfabetismo.
- **Objetivo 3:** “Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer”. La Meta 4, que se refiere a la equiparación de las tasas de matrícula de mujeres y hombres, en la enseñanza secundaria se alcanza para el promedio del país, pero no para la población indígena. La violencia de género no se ha reducido.
- **Objetivo 4:** “Reducir la mortalidad de la niñez”. Se observa una disminución importante en el período 1990 – 2004 pasando de 43,1 defunciones por 1000 nacidos vivos (NV) a 21,8, durante este período las acciones estuvieron dirigidas hacia el período post neonatal. Sin embargo, con relación a la meta (14,4 por cada mil NV) aún es 1,5 veces mayor¹⁷. Lo señalado demanda extremar la institucionalización de medidas que permitan cumplir con la meta propuesta, sobre todo enfocadas a la disminución del período peri-neonatal, por lo que se plantean como retos las siguientes acciones:
 - ✓ Desarrollar un modelo de atención integral a las familias, priorizando a los sectores sociales excluidos, con una red de servicios que garantice la calidad de la atención.
 - ✓ Desarrollar un plan de reducción de la muerte infantil de menores de 5 años, con énfasis en la muerte neonatal
 - ✓ Priorizar la atención integral a la madre y al niño y a la salud familiar y comunitaria para lograr la extensión de cobertura.
 - ✓ Incorporar progresivamente nuevos componentes de la estrategia AIEPI, como atención comunitaria, atención al maltrato infantil, atención protocolizada en hospitales y componente neonatal entre otros.

Prevención de enfermedades por vacunación: En el marco del acceso universal a la vacunación, el Ecuador ha alcanzado las coberturas óptimas en base a las estimaciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador (INEC) en todas las vacunas de la serie primaria en los últimos dos años. También ha incrementado el calendario nacional con nuevas vacunas como rotavirus y antiinfluenza estacional,

¹⁶ SIISE-INEC-Encuesta de Condiciones de Vida

¹⁷ II Informe Nacional de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - Ecuador 2007

neumococo en el adulto mayor, varicela en escolares, esquema de Hepatitis B en escolares y antiinfluenza estacional en trabajadores de salud y avícolas.

El Ecuador cumple con las estrategias de erradicación de la polio y sarampión en cuanto a vacunación y vigilancia epidemiológica y ha incrementado la vigilancia centinela para nuevas vacunas.

Impacto de la vacunación:

- ✓ Once años sin Sarampión y dieciocho sin poliomielitis
- ✓ Cuatro años sin casos de rubéola
- ✓ Ocho años sin fiebre amarilla
- ✓ Disminución de casos de tosferina
- ✓ Ocho años sin difteria
- ✓ Eliminación de tétanos neonatal como problema de salud pública, nacional y provincial
- ✓ Disminución de la tendencia de neumonías y meningitis por Haemophilus Influenzae tipo b (Hib)

La vacunación es una prioridad política para la presidencia y la Ministra de Salud, manifestada en el incremento presupuestario para vacunas y jeringas en más del 200% en los últimos 2 años, financiados completamente con recursos del Estado y garantizado el presupuesto por medio de la Ley de vacunas.

El Programa de Inmunizaciones ha puesto enfoque intercultural, estableciendo en el registro diario de vacunación, la etnia de los vacunados para en el futuro establecer perfiles de coberturas de acuerdo a los diferentes grupos étnicos del Ecuador.

- Objetivo 5: “Mejorar la salud materna”. La tasa de mortalidad materna disminuyó sensiblemente en el período 1990– 2004 al pasar de 117,2 a 50,7 defunciones por cada cien mil nacidos vivos. Las mujeres indígenas y las que viven en el sector rural del país son las más afectadas. Para alcanzar la meta de 29,3, los esfuerzos han de incrementarse sostenidamente fortaleciendo el Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y el Programa de Atención Integral de Salud de la Mujer y la Pareja¹⁸.

Si bien es posible señalar que existe un importante avance, es preciso optimizar la institucionalización de las políticas públicas existentes, más aún cuando apenas restan 8 años para evaluar su cumplimiento. Algunas políticas claves para alcanzar la meta son:

- ✓ Desarrollar el marco legal que permita incluir a las parteras y a la medicina tradicional en un sistema integral y en los beneficios de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.
- ✓ Fortalecer el Plan de Reducción de la Mortalidad Materna que incluye el reforzamiento de información y de vigilancia epidemiológica de la muerte materna, así como mejorar la atención a las emergencias obstétricas.
- ✓ Fortalecer la educación de las mujeres, la familia y la comunidad para la identificación temprana de signos y síntomas de alarma durante el embarazo, parto y posparto.
- ✓ Atender adecuadamente las complicaciones obstétricas y del neonato, mediante unidades hospitalarias de cuidados obstétricos y neonatales, tanto esenciales como ampliados, ya que se consideran algunas de las más importantes alternativas para disminuir la mortalidad materna, así como la mortalidad infantil.

¹⁸ El informe nacional de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - Ecuador 2007

- ✓ Aplicar efectivamente el Plan de Acción de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.
- ✓ Impulsar la educación en salud sexual y reproductiva (PRONESA) con el componente pluricultural.
- ✓ Incorporar la anticoncepción de emergencia en todos los servicios, especialmente para casos de mujeres víctimas de violencia sexual con riesgo de embarazo.
- ✓ Fortalecer la veeduría ciudadana para garantizar la exigibilidad de derechos y la satisfacción con la calidad de la atención.
- ✓ Fortalecer el rol de los municipios en la promoción de la salud y el empoderamiento de las mujeres

Objetivo 6: “Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades”. En el período 1990 – 2006, hubo un aumento en la detección de personas VIH positivos y se ha incrementado, el acceso a los anti-retrovirales. Se formuló el Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH / SIDA 2007 – 2015, que incluye el mejoramiento del sistema de información y de vigilancia para contar con indicadores que permitan medir la dinámica de la epidemia. De 2001 a 2005 los casos VIH positivos notificados llegaron a un total de 2.752 en relación al 2001 que se notificaron 294. los casos de SIDA acumulados en ese mismo período fueron 1.902 en relación a 318 en 2001. Fallecieron 884 personas (2005). En 2005, el 67,9% del total de enfermos con SIDA mayores de 14 años fueron hombres y la razón hombre : mujer fue 2:1, menor a la del año anterior (3:1)¹⁹.

En relación con la malaria, existe el pronunciamiento oficial de reducir la carga del paludismo en al menos el 50% para el 2010 y el 75% para el 2015. Dada la reducción lograda en la transmisión de esta enfermedad es posible cumplir con la meta establecida.

Hasta el año 2003, la tuberculosis era una de las principales causas de morbilidad y la décima causa de mortalidad general en el 54,5% de las provincias del país. En 2004 la tuberculosis ocupó el lugar 15 como causa de muerte (5,0 por 100.000 habitantes). Fue más frecuente en hombres (7,0 por 100.000 habitantes) que en mujeres (3,0). El grupo más afectado fue el de 15 a 24 años con 1.254 casos, seguido por el de 25 a 34 con 879 casos²⁰.

En el período 2006-2007 se incrementó la tasa de incidencia de TB pulmonar con baciloscopia positiva, con respecto a 2005; sin embargo, aún está por debajo de la estimada, lo cual reduce la posibilidad de control de esta enfermedad. El fortalecimiento del control a través de la estrategia DOTS, ha permitido mejorar el manejo de las personas con tuberculosis, con esquemas de tratamiento completos y diagnósticos mediante baciloscopia. La TB-MDR es un problema de salud que se está abordando.

- Objetivo 7: “Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente”. Con respecto a la degradación ambiental, el Ecuador está entre los países con mayor pérdida de cobertura vegetal²¹. El acceso a agua potable y saneamiento se ha incrementado progresivamente; sin embargo, persisten importantes brechas territoriales. La mayor parte del consumo de agua es para el riego (80% del total de agua captada). Su uso doméstico es relativamente bajo y únicamente el 5% recibe tratamiento, regresando el resto a los afluentes en forma de aguas negras con un alto contenido orgánico y contaminante.

Del total de viviendas del país, el 6.6% pertenece a la población indígena y el 5.2% a la población afrodescendiente. El porcentaje de viviendas con acceso a agua entubada por red pública dentro de la vivienda ha crecido progresivamente, según los datos de las encuestas de condiciones de vida del INEC: en 1995 el promedio nacional era del 37%,

¹⁹ Salud en las Américas, Vol II, Capítulo Ecuador, p. 306.

²⁰ Ibidem

²¹ Sistema ONU – SENPLADES – FLACSO Ecuador - CISMIL, II Informe Nacional de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Ecuador 2007.

en 1999 del 40%, y en el 2006 del 48%. Sin embargo, la brecha entre población indígena y el total nacional es de 29 puntos porcentuales en desmedro de los indígenas. En cuanto a población afrodescendiente la brecha es de 10%. El déficit del acceso a agua entubada se refleja en la brecha urbano-rural, con valores del 66% y del 14 % de cobertura respectivamente. Esta misma brecha se observa en el indicador de pobreza, donde el quintil más pobre tiene una cobertura de agua del 11% frente al 87% del quintil más rico.

La proporción de viviendas con servicio de eliminación de excretas ha pasado del 84% en 1995 al 90% en el 2006. La diferencia urbano – rural llega a 11 puntos, y la diferencia por pobreza de consumo es de 26 puntos entre el quintil I y V. Se ha visto un incremento en la cobertura de la red de alcantarillado desde 1995 pasando del 44% al 49% en el 2006. Las diferencias regionales actuales de falta de alcantarillado son evidentes; mientras que la región Sierra tiene el 69% de las viviendas cubiertas, en la Costa y Amazonía la cobertura no llega al 40%. Así mismo se ve una diferencia entre las zonas rurales y urbanas, con una cobertura del 29% y del 95% respectivamente. La cobertura de la recolección de basura llega al 43% en el segmento más pobre (quintil I), y al 94% de las viviendas del quintil V. La mayoría de las provincias tienen una cobertura del 50% - 75%.

- **Objetivo 8:** Fomentar una asociación mundial para el desarrollo:

Conforme al Estudio de Cuentas satélite de los servicios de salud 2003-2005, para ese último año, del total de la oferta de servicios de salud, el rubro “Productos farmacéuticos” ascendió a 712 millones de USD, constituyendo el 32% de la oferta de salud.

Para el 2004, el mercado farmacéutico contaba con unos 225 laboratorios, 170 distribuidores, 5.000 farmacias y 9.386 productos con Registro Sanitario, de los cuales, sólo se comercializaban 6.439 (68,60%), de ellos 1.539 (25,29%) eran medicamentos genéricos. El porcentaje de genéricos aumentó del 16,2% en el 2001 al 25,2% en el 2005. El volumen de ventas de genéricos en el 2005 no superó el 11,3% del total.

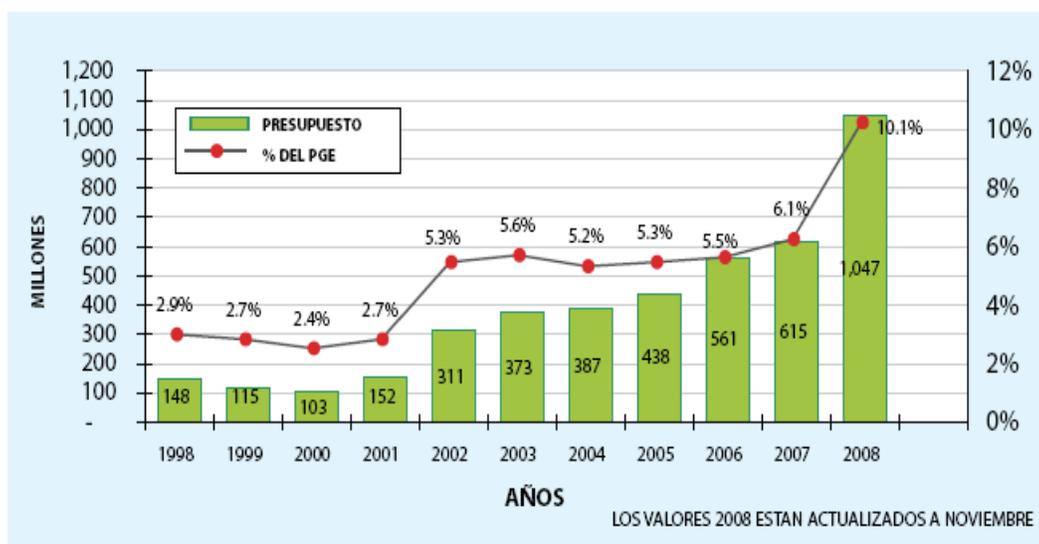
En 2004 se estimó que alrededor del 80% de los medicamentos se adquiría y consumía sin receta médica. Bianualmente, la Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos del CONASA actualiza, publica y difunde el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos. Está próxima a publicarse la séptima revisión (2008). Los medicamentos incluidos en ese listado son de uso obligatorio en todas las instituciones del sector público de salud y de referencia para el sector privado. El mercado privado creció un 35,8% en el período 2001–2005 (de US\$ 407.079 millones a US\$ 553.157 millones). Existen todavía varios problemas relacionados con la disponibilidad, el uso racional, el control de calidad y los precios de los medicamentos, siendo el acceso uno de los más importantes y el precio una de las variables determinantes.

2.7 Financiamiento del Sector de la Salud

El presupuesto del MSP mantuvo un incremento constante desde el 2001 (US\$151,7 millones) hasta el 2008 (US\$ 1,047 millones), pasando de 2,7% del presupuesto general del Estado al 10,1% y del 0.9% al 1.7% del PIB, respectivamente²².

²² Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2008

Gráfico 2 Presupuesto del Ministerio de Salud Pública 1998-2008



FUENTE: PRESUPUESTO MSP
ELAB: MSP - ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

Para el 2006, el gasto público per cápita en salud fue de US\$41,89, un incremento de US\$32,5 dólares en relación con el año 2000. El 90% del gasto privado corresponde a gasto directo de los hogares (61% para la adquisición de medicamentos e insumos, 24,3% para la atención médica y 4,7% para exámenes de laboratorio, materiales odontológicos y aparatos ortopédicos). Del gasto privado, el 74,7% se realizó en el área urbana y el 25,3% en el área rural, que concentra el mayor número de personas del quintil más pobre. El gasto total Per cápita en salud, para el año 2005, fue de US\$150.7 (US\$109.5 hogares US\$ 41.2 Gobierno). En el 2008, el per cápita gobierno (MSP e IESS) alcanza los 110 dólares²³. El sector público, destina un 81,2% del gasto en salud para atención curativa y un 18,8% para la atención preventiva.

La Constitución 2008 señala en su Art. 366 que los recursos deberán “provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado” y que se distribuirán con base en criterios demográficos y epidemiológicos. Además, define el tipo de instituciones que pueden recibir fondos del Estado. Adicionalmente, la Transitoria 22 especifica el porcentaje del PIB asignado para salud, 4%, y su incremento anual, lo que representaría alrededor de USD 240 millones más cada año. Durante el ejercicio 2008, el presupuesto devengado significó el 1.7% del PIB y, sin duda, la crisis económica mundial afectará las asignaciones presupuestales ya que proviene exclusivamente del Presupuesto General de Estado y éste ha sido afectado por la caída de los precios del petróleo, particularmente.

2.8 Recursos del Sector de la Salud

Para el 2006, el país tiene una tasa de 17.4 médicos, enfermeras y obstetras por 10,000 hab., con un déficit de 32% de la meta esperada al 2015, fecha en la que se cumpliría las metas propuestas para el decenio de los recursos humanos. Existe un 31% de médicos de Atención Primaria a la Salud (APS), siendo la meta de 40%, con un 76% de logro. La razón de enfermeras calificadas en relación con los médicos es 2,4:1 versus un 1:1 que propone la meta. Se estima que se ha avanzado en un 72% en el desarrollo y fortalecimiento de una

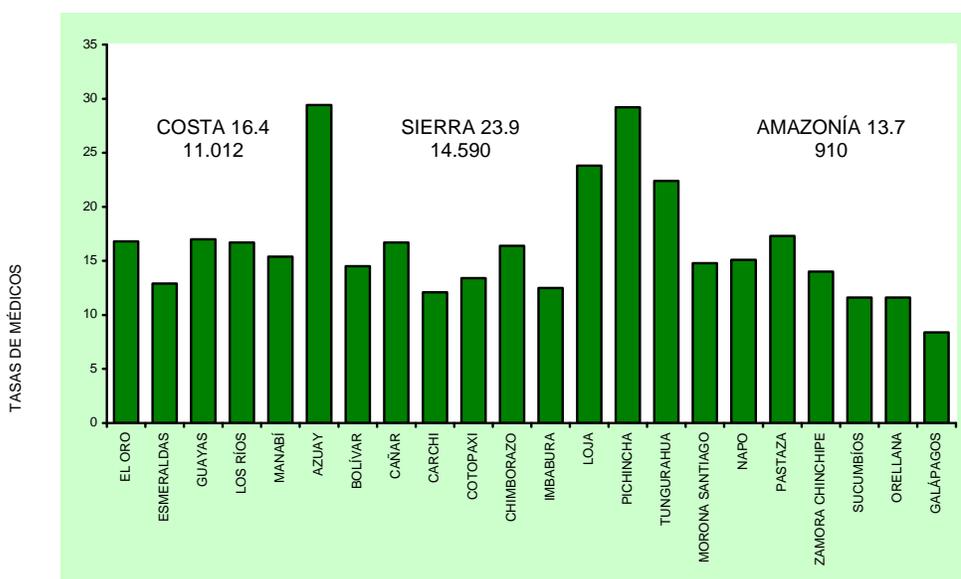
²³ INEC, Cuentas Nacionales de Salud.

Dirección Nacional de Recursos Humanos y en un 36% en la reducción del empleo precario sin protección; es decir, faltaría un 50% para el cumplimiento de la meta²⁴.

De acuerdo con datos preliminares del INEC²⁵, para el 2007, existía una distribución inequitativa de médicos por provincias y regiones. Además, se estima que del total de médicos que laboran en establecimientos de salud, independientemente del nivel de complejidad, el 63.7% son especialistas.

Gráfico 3

Médicos por 10.000 habitantes por provincias y Regiones. Ecuador 2007



Fuente: Datos preliminares de las Estadísticas de Recursos y Actividades de Salud del año 2007, en base a la información entregada de establecimientos de salud. Por tanto, incluye solo médicos que trabajan en estos establecimientos incluso los de llamada u ocasionales.

Por otra parte, el MSP, inició en los primeros meses del 2007 un importantísimo proceso de conformación de Equipos Básicos de Atención de Salud (EBAS) y, por tanto, de contratación de recursos humanos. Los EBAS están constituidos por médicos, enfermeras, odontólogos, obstetrices y promotores de la salud, en mucho de los casos. Hasta la fecha, se han contratado o conformado 1.753 equipos básicos lo que implica alrededor de 4.700 profesionales contratados o trasladados administrativamente, para trabajar en el primer nivel de atención.

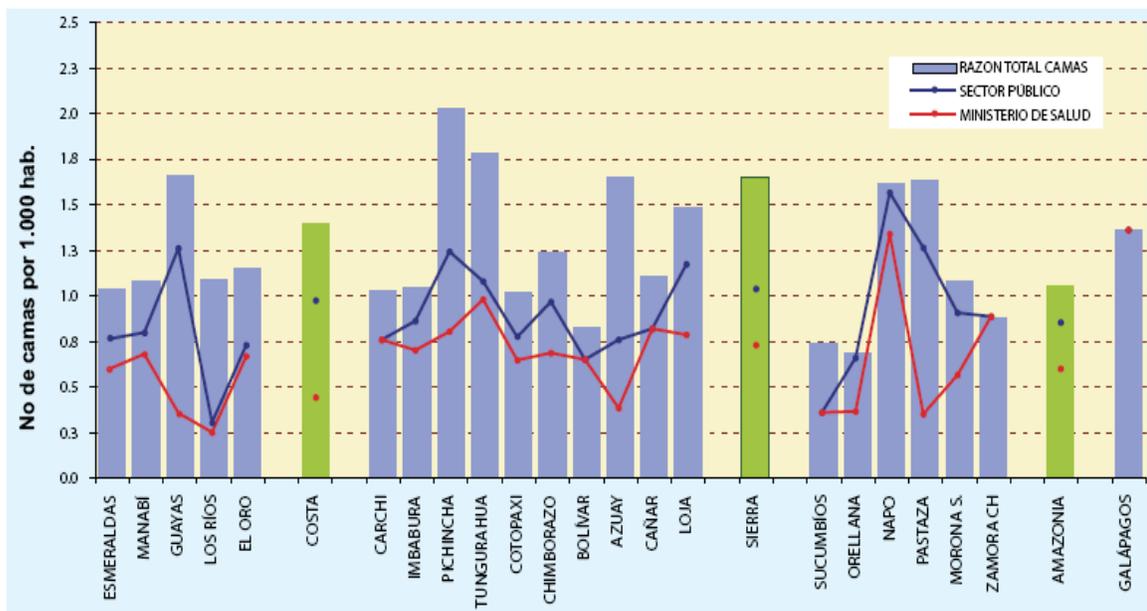
A la fecha, se concluyó la propuesta de Ley de Carrera Sanitaria y su respectivo reglamento. En espera de análisis para aprobación por las autoridades pertinentes.

Por otro lado, el gráfico 4 muestra la distribución de camas del sector público, del MSP por provincias y regiones.

²⁴ Velasco Margarita, Informe de Consultoría "Monitoreo de Metas Regionales, línea de base de Ecuador" Marzo del 2009.

²⁵ El INEC aún no cuenta con datos definitivos para el 2007, sino solamente preliminares, que son los que fueron utilizados en el gráfico 3, por tanto aún están sujetos a rectificaciones. Del 2008 aún no están disponibles ya que aún no se termina la recolección desde los establecimientos de salud.

Gráfico 4
Razón de camas disponibles por 1.000 habitantes por MSP- Sector Público y Total según regiones y provincias



Fuente: INEC. Anuario de Estadísticas Hospitalarias: Camas y Egresos. Año 2006
 Sector público incluye: MSP, FFAA, POLICÍA NACIONAL, IESS, Junta de Beneficencia
 TOTAL: incluye sector público más sector privado

TOTAL MÉDICOS: 26.574

2.9 Sistema de provisión de los servicios de salud

Se caracteriza por la fragmentación y segmentación, no existiendo coordinación entre actores ni separación de funciones entre subsistemas. Cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria con acceso a servicios diferenciados. Cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento propio. El subsector público está conformado por los servicios del MSP, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL) y los servicios de salud de algunos municipios. La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana son entes privados que actúan dentro del sector público.

Los servicios de salud del MSP están organizados por niveles de complejidad:

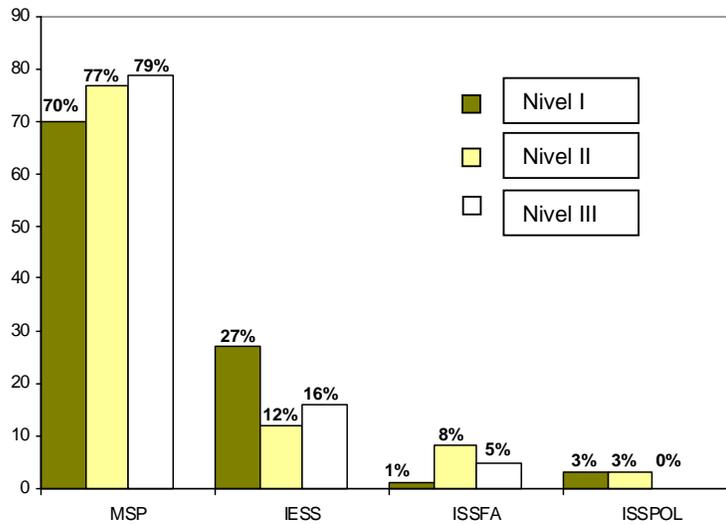
- Nivel I (complejidad baja). Puestos de salud, subcentros y centros de salud, ofrecen atención ambulatoria, promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud. Todos promueven acciones básicas de saneamiento ambiental y participación comunitaria y los subcentros también ofrecen atención del parto, emergencias y atención odontológica.
- Nivel II (complejidad intermedia). Hospitales básicos y hospitales generales que, además de la atención del nivel I, ofrecen hospitalización de corta estancia. El hospital básico ofrece atención ambulatoria y hospitalaria de medicina general, ginecología-obstetricia, pediatría y cirugía de emergencia. El hospital general ofrece, además de lo mencionado,

alguna especialidad de acuerdo con el perfil epidemiológico de su área de influencia; también dispone de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

- Nivel III (complejidad alta). Hospitales especializados y de referencia para la atención de la población local, regional y nacional; también realizan docencia e investigación en salud.

El sector público está conformado en su mayoría por hospitales básicos (45,1%) y hospitales generales (39,0%) mientras que los hospitales especializados corresponden al 14,8% y los de especialidad al 1,1%. El MSP tiene la mayor cantidad de unidades de nivel I, II y III del país; por lo tanto, tiene una mayor participación porcentual de los servicios de salud, sobrepasando al total de unidades del IESS, ISSFA e ISSPOL combinadas²⁶.

Gráfico 5
Participación porcentual de los Servicios Públicos de Salud Ecuador.2008



Fuente: INEC, EC

²⁶ INEC, Anuario Estadístico de Recursos y Actividades de Salud, 2006.

Gráfico 6

Hospitales Públicos MSP, IESS, FFAA, Policía y Municipios. Ecuador 2007



Los servicios de salud municipales tienen a su cargo las Direcciones de Higiene para atender problemas de salud ambiental y de control sanitario, a excepción de las de Quito y Guayaquil, que incluyen algunos servicios ambulatorios y hospitalarios de I y II Nivel.

La Junta de Beneficencia Guayaquil (JBG) es una entidad autónoma de servicio social cuyo financiamiento proviene principalmente de la Lotería Nacional y que cuenta con 4 hospitales, 2 de medicina general y 2 especializados localizados en la ciudad de Guayaquil. SOLCA es una entidad sin fines de lucro, con subsidio del estado, que cubre parte de la demanda nacional de diagnóstico y tratamiento del cáncer, cuenta con 3 unidades de nivel I y 9 hospitales especializados.

El sector privado está integrado por entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y las empresas de medicina prepagada) y organizaciones privadas sin fines de lucro como ONGs, organizaciones populares de servicios médicos, asociaciones de servicio social, etc., las cuales representan el 15% de los establecimientos del país.

El Sistema de Salud tiene un ente rector de acuerdo con la política nacional y múltiples instituciones con funciones de financiamiento y provisión. El IESS regula y fiscaliza sus propias acciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios.

Tabla 2
Sistema de Salud del Ecuador-Composición y Funciones

Funciones	Rectoría		Financiamiento	Aseguramiento	Provisión
	Conducción	Regulación y Fiscalización			
Gobierno central, MSP	X	X	X		X
Instituciones de Seguridad Social		X	X	X	X
Gobierno provincial			X		X
Gobierno cantonal			X		X
Aseguradoras privadas (Con/sin lucro)			X	X	X
Proveedores privados (Con/sin lucro)			X		X

Fuente: Representación OPS/OMS Ecuador

Como se señaló anteriormente, la población cubierta por un seguro de salud ya sea público o privado alcanzó el 23% en el año 2006²⁷. En el quintil más pobre (Q1) el 12% mientras que en el quintil más rico (Q5), el 36% tenía un seguro. Durante el año 2006, el Gobierno puso en vigencia el Programa de Aseguramiento Universal en Salud, PRO-AUS, cuyo objetivo fue brindar un sistema de aseguramiento que comprende prestaciones integrales con calidad, eficiencia y equidad, bajo una concepción de protección social y una lógica de aseguramiento público, priorizando a la población que vive en condiciones de extrema pobreza y pobreza (la más vulnerable). Se financiaba a través de la modalidad dominante de pago en los modelos de aseguramiento en salud que es la capitación o pago por evento. Sin embargo, durante el año 2007 la implementación de dicha estrategia se limitó a las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca, proponiendo para el resto del país el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAISFC), buscando con ello mejorar el acceso de la población vulnerable (Q1 y Q2) a los servicios de salud mediante la creación de EBAS en las áreas de salud, a los cuales se les asigna un territorio y una población para su cuidado y protección social.

A raíz del Decreto de Emergencia en Salud declarado por el Estado, se incrementó en un 10% el Recurso Humano, lo que generó un aumento del 28% en las prestaciones dadas por el MSP. Del total de recursos contratados (4,696), 1,753 (37%) integra los EBAS, responsables de las acciones extramurales del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). La reorientación de los servicios para la aplicación del MAIS con la estrategia de APS

²⁷ INEC 2005

renovada, en concordancia con la gratuidad en la atención en las unidades de salud, generó un ahorro aproximado de US\$ 19.8 millones a las familias ecuatorianas.

2.10 El Proceso de Reforma

No ha existido en el país un proceso real de Reforma del Sector Salud relacionado con cambios profundos y sostenidos en la estructura del sector pese a las múltiples iniciativas surgidas en el período 1995-2005 y cuyos enfoques fluctuaron desde el aseguramiento, el marco legal y la aplicación parcial o focalizada de la desconcentración y descentralización de los servicios de salud; programas para la extensión de cobertura, nuevos modelos de atención de salud con enfoque familiar y comunitario con base en la atención primaria y el Programa de Aseguramiento Universal (AUS). El Consejo Nacional de Salud (CONASA) se consolidó en el 2002 como el artífice para la generación de la Política Nacional de Salud en base a la promulgación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS). En el 2002, el CONASA organizó el Primer Congreso por la Salud y la Vida en la ciudad de Quito, que validó la propuesta de Política Nacional de Salud e impulsó el anteproyecto de la propuesta de la LOSNS que fue aprobada por el Congreso Nacional a fines de ese año.

La Constitución 2008 establece el marco jurídico-legal para instituir el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en el que se incluye la salud. Los textos constitucionales establecen que la salud es un derecho y señalan las características del SNS que funcionará dentro de principios de universalidad y equidad, con una red pública integral de salud y bajo la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional. En este sentido, los artículos de la nueva Constitución favorecen la reforma del sector, que en el país ha tomado el nombre de Transformación Sectorial de Salud del Ecuador, sustentada en los principios que rigen al SNS: equidad, calidad, eficiencia, participación, pluralidad, solidaridad y universalidad. Este proceso se orienta a la reorganización del actual sistema para convertirlo en un SNS integrado, integral, coordinado, solidario y que no demande el pago directo del usuario.

La TSSE se orienta a garantizar la equidad y el acceso universal, progresivo y gratuito a servicios públicos de salud de calidad a toda la población a través del establecimiento de una Red de Prestadores Públicos, promoviendo un modelo de atención integral que priorice la promoción, prevención y atención primaria, evitando la duplicación de actividades entre los principales prestadores y garantizando la eficiencia del sistema. Está sustentada en el desarrollo de los siguientes ejes:

1. Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional
2. Administración y Gestión del Sistema Nacional de Salud
3. Red Pública de Servicios de Salud y Modelo de Atención
4. Financiamiento del Sistema Nacional de Salud
5. Control y Monitoreo del Sistema Nacional de Salud
6. Sistema de Gestión de Información de Salud
7. Participación Ciudadana y Control Social

El modelo de atención integral, familiar y comunitario permite además enfocar con una visión pluricultural las aspiraciones y necesidades de los diferentes grupos sociales que habitan en el país, extendiendo la cobertura y cubriendo las necesidades de salud de la población más vulnerable desde un enfoque de solidaridad.

2.11 Desafíos

Los desafíos que enfrenta el sector de la salud del Ecuador son:

- Desarrollar el marco jurídico, normativo y de políticas que deriva de los contenidos de la nueva Carta Magna y el Plan Nacional de Desarrollo, con el propósito de alcanzar las metas de acceso universal en salud con gratuidad progresiva.
 - Ley Orgánica del sistema de salud y su reglamento.
 - Ley de Carrera Sanitaria y su reglamento.
 - Ley de Soberanía Alimentaria.
 - Otras leyes
- Desarrollar la Transformación Sectorial en Salud como eje orientador y articulador de las acciones de salud, a través de sus componentes así como a los procesos participativos en los ámbitos nacional, provincial y local, en el contexto de los Consejos Nacional, Provincial y Cantonal, los Comités de usuarios y otras instancias:
 - Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional
 - Administración y Gestión del Sistema Nacional de Salud
 - Red Pública de Servicios de Salud y Modelo de Atención
 - Financiamiento del Sistema Nacional de Salud, incluyendo la atención integral de las enfermedades catastróficas.
 - Control y Monitoreo del Sistema Nacional de Salud
 - Sistema de Gestión de Información de Salud
 - Participación Ciudadana y Control Social
- Fortalecer los procesos administrativos y de gestión del Ministerio de Salud Pública, desarrollando un modelo de organización y gestión horizontal, descentralizado, eficiente y eficaz que contribuya al logro de los objetivos de la Transformación Sectorial en Salud.
- Impulsar la construcción, desarrollo y consolidación de las Redes Integradas de Prestadores Públicos, en el marco de la equidad en salud, coadyuvando a la expansión de la cobertura y un mayor acceso de la población a los servicios de salud, incluyendo la atención a la discapacidad, dentro de una estrategia que garantice la gestión y entrega de servicios de salud con calidad y calidez, de forma tal que los usuarios participen de la promoción de la salud y reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo con sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud, con énfasis en población vulnerable.
- Impulsar el desarrollo de un nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, en el marco de la estrategia de Atención Primaria renovada, incluyendo el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud que favorezca la integración horizontal de programas y servicios de salud, activa participación social y, el logro de estilos y entornos saludables, para contribuir al logro de los objetivos y metas del milenio, en un marco de interculturalidad, intersectorialidad, igualdad de género, descentralización y democracia. El Modelo se sustentará en el fortalecimiento de la “Red integrada de proveedores públicos”, el desarrollo de los “Equipos Básicos de Atención de Salud, EBAS”, como estrategia de extensión de la cobertura con equidad y gratuidad y en un Modelo de Gestión con un sólido sistema de información integral.
- Lograr una justa distribución del trabajo no remunerado de cuidado de la salud que se realiza en los hogares y que recae principalmente sobre las mujeres.
- Fomentar, facilitar y mediar la alineación de los procesos formativos de RRHH con las necesidades de la Transformación del Sector Salud y el desarrollo del Nuevo Modelo de

Atención, desarrollando competencias específicas para el análisis de la situación integral de salud, planificación de acciones de salud y otras, mediante una serie de iniciativas tales como un nuevo diseño de la currícula de pregrado, posgrados específicos, educación permanente, entre otras modalidades, promoviendo la consolidación de Redes para la formación y capacitación de RRHH, el desarrollo de la Bioética y de la investigación en salud.

- Desarrollar y fortalecer la capacidad del Sector Salud y de otros Sectores e Instituciones en el control de riesgos ambientales, el desarrollo de espacios saludables, preparativos frente a las emergencias y desastres y, la gestión de riesgos; con un enfoque de Determinantes Sociales de Salud, propiciando el trabajo interprogramático, intersectorial e interagencial, con la participación de gobiernos locales y la sociedad civil, con el fin de mejorar las condiciones de vida, ambientales y de salud y por ende alcanzar el logro de los ODM.
- Fortalecer la capacidad institucional para la promoción, prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, a través del desarrollo de programas integrados en el Modelo de Atención, la acción intersectorial, el ordenamiento ambiental, la educación para la salud, la participación social y, el desarrollo y la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y el mejoramiento de la calidad de la información que construyen los indicadores de salud, en coordinación con otros sectores como Registro Civil y el Instituto de Estadísticas y Censos del Ecuador.
- Fortalecer la capacidad institucional para la transversalización del enfoque de género e interculturalidad en las políticas y los programas del sector salud: fortalecer las capacidades para generar, analizar y usar la información desglosada por sexo y otras variables pertinentes; crear herramientas y formar las capacidades en el Ecuador para la integración de una perspectiva de igualdad de género en la formulación, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de políticas y programas; aumentar y fortalecer la participación de la Sociedad civil, especialmente de los grupos de mujeres y otros aliados en la lucha por la igualdad de género, en la determinación de las prioridades, la formulación de políticas y la vigilancia de las políticas y los programas a todos los niveles e institucionalizar las políticas sensibles a las cuestiones de género así como los mecanismos de vigilancia para hacer un seguimiento de los resultados específicos de la integración, de acuerdo con el método de gestión orientada a la consecución de resultados, y evaluar la eficacia de las intervenciones de género en los resultados de salud.

III. COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO Y ALIANZAS ESTRATÉGICAS: TENDENCIAS, INSTRUMENTOS Y COORDINACIÓN

Desde el año 2007, la Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional (AGECI), dependiente de la Secretaría Nacional de Planificación del Desarrollo (SENPLADES), es la encargada de coordinar y dar seguimiento a la cooperación internacional en el país que se armoniza con las metas establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 y la Agenda Social anual que orienta las prioridades del país.

En el período 2000-2004, los recursos financieros de la cooperación externa en salud superaron los 16 millones de USD, siendo \$15.688.813,67 de carácter reembolsable y 618.474,39 no reembolsables.

Los principales actores en la cooperación internacional son las Agencias de Naciones Unidas, entre ellas la OPS/OMS. Actualmente existen convenios de programas de cooperación en salud bi y multilateral como: Programa de Apoyo al Sector Salud en

Ecuador/PASSE/MSP-UE (2005-2009), Convenio con el Fondo Global, Cooperación Belga, Proyecto SYMAE, Plan Ecuador, entre otros.

El Sistema de Naciones Unidas en Ecuador como parte de sus estrategias de coordinación, estableció varios Grupos Temáticos Interagenciales (GTI), dentro de los cuales se encuentran los vinculados a los siguientes objetivos del Plan Nacional de Desarrollo: (i) Asegurar el acceso a medicamentos esenciales; (ii) Asegurar la cobertura universal en salud con servicios públicos gratuitos; (iii) Reducir la Mortalidad Materna en 30% para el 2010; (iv) Reducir en 25% el embarazo en adolescentes 2010; (v) Aumentar el acceso a los servicios de salud a las mujeres; (vi) Desacelerar a prevalencia de VIH y SIDA y (vii) Mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud. Estos objetivos, responden a su vez a los Objetivos de Desarrollo del milenio: 1, 4, 5, 6 y 8. Las Instituciones de Bretton Woods (FMI y BM) no cuentan con programas de asistencia en el Ecuador por decisión de su gobierno.

En el 2002 los representantes de las agencias del Sistema de Naciones Unidas en Ecuador conformaron un equipo técnico de emergencias (UNETE), con el objetivo de fortalecer la coordinación interagencial para la respuesta integral del sistema como apoyo al gobierno nacional ante emergencias y desastres, lo cual ha sido de trascendental importancia porque se ha podido fortalecer la respuesta humanitaria, promoviendo la coordinación y movilización de recursos ante eventos como erupciones volcánicas, inundaciones, flujos masivos de refugiados, acompañamiento a la misión UNDAC en las emergencias del litoral²⁸.

En el período 2006-2008 la Comisión Europea para la Asistencia Humanitaria (ECHO por sus siglas en inglés) y la Agencia de Cooperación Internacional del Gobierno de los Estados Unidos de América del Norte (USAID) movilizaron recursos que fueron orientados a salud, a través de la OPS/OMS, que ejecutó, en coordinación con la Subsecretaría Regional de Salud Costa e Insular, el proyecto de mitigación del impacto de las inundaciones en la salud de la población de la Región Costa, proyecto que benefició a aproximadamente 100.000 personas, entre beneficiarios directos e indirectos, lo que permitió fortalecer la red laboratorial, salas de situación, consolidó la Red de Vigilancia de Calidad de Agua para la provisión de agua segura, y conformó la red comunicadores en riesgo²⁹. Estos procesos han permitido una respuesta óptima de las Direcciones de Salud en las inundaciones del 2009. Además, el Programa de Preparativos para Emergencias y Desastres para Sudamérica tiene su sede en Quito, lo que potencializa la cooperación en gestión de riesgos.

El Ecuador presenta un alto grado de exposición y vulnerabilidad ante amenazas naturales como inundaciones 2006 y 2008, erupciones volcánicas 2006, 2007, 2008. En este contexto, la Constitución se señala, en su Artículo 389, la creación por parte del Estado de un organismo técnico rector en materia de gestión de riesgos, que pretende que todas las instituciones públicas y privadas incorporen en su planificación, medidas de gestión de riesgos. En noviembre de 2008, la Secretaría Técnica de Gestión de Riesgos como oficina dependiente del Ministerio de Seguridad Interna y Externa, lanzó la propuesta de Estrategia Nacional para la Reducción de Riesgos y Desastres. Con esta estrategia el estado ecuatoriano impulsa la gestión de riesgo como política de estado y cuyo objetivo primordial es garantizar la protección de las personas y colectividades de los efectos negativos de los desastres, mediante la generación de políticas, estrategias, y normas que promueven capacidades orientadas identificar, analizar prevenir y mitigar riesgos para enfrentar y manejar eventos de desastres. Para el 2008 – 2009, esta Secretaría Técnica se encuentra trabajando en políticas para la gestión de riesgo, lineamiento de un marco jurídico, y estableciendo las bases para la organización y desarrollo del sistema³⁰

²⁸ OPS/OMS Ecuador, Situación de Salud Ecuador, 2006

²⁹ OPS/OMS Ecuador, Informes finales de Ejecución de proyectos auspiciados por ECHO y USAID, 2008

³⁰ Ministerio de Seguridad Interna y Externa, Secretaría Técnica de Gestión de Riesgos; Propuesta de Estrategia Nacional para la Reducción de Riesgos y Desastres, Noviembre de 2008.

En el UNCT de NNUU-Ecuador, se han presentado propuestas a todas las ventanillas (ocho en total), de éstas han sido aprobadas cuatro, a saber: (i) Migración, empleo y juventud (aprobado); (ii) Gobernabilidad del sector agua (aprobado); (iii) Medio ambiente y cambio climático (aprobado y en ejecución); (iv) Interculturalidad para la reducción de la pobreza (aprobado y en ejecución). Estos cuatro proyectos han permitido movilizar la suma de USD 21 millones del fondo español.

El proyecto de "Medio Ambiente" apoyará a la Secretaría Nacional del Agua (SENAGUA) en la implementación de una estrategia nacional de gestión integrada del agua, promoviendo acciones para la protección de los cuerpos hídricos para preservar los acuíferos y la buena calidad de las fuentes que proveen de agua a los sistemas para consumo humano.

Adicionalmente, apoyará al Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda (MIDUVI) en el desarrollo de un proceso participativo para la reforma normativa e institucional del sector, en la implementación de estrategias y programas concretos orientados a fortalecer las capacidades de los prestadores de servicios y al incremento del acceso a los servicios de agua y saneamiento a través de inversiones directas en 20 ciudades pequeñas y comunidades rurales de las provincias de Bolívar, Los Ríos, Manabí y Esmeraldas, caracterizadas por albergar comunidades indígenas, montubias y afroecuatorianas. En este proyecto, la Representación de OPS/OMS en Ecuador se encargará del fortalecimiento de la Vigilancia de la Calidad del Agua y le ha sido asignado un monto de \$140,000.00.

El Ecuador no es un país elegido por la Alianza Global para las Vacunas y las Inmunizaciones (GAVI por sus siglas en inglés) por cuanto el Estado Ecuatoriano financia los costos de vacunas, insumos, conservación, transporte, logística y operación del Programa Nacional de Inmunizaciones.

El Fondo Global (FG) aprobó un desembolso para el Proyecto VIH-SIDA Ecuador de \$13,809, 852.00, iniciando su implementación el 14 julio de 2006, con una duración de 5 años. En este proyecto existen dos Receptores Principales (RP): El MSP para todas las instituciones públicas (Programa Nacional de VIH-SIDA e ITS, Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical, "Leopoldo Izquieta Pérez" y el Ministerio de Educación) y, CARE Internacional, para las organizaciones de la sociedad civil. La implementación del proyecto ha contribuido a incrementar la detección de personas con VIH; según datos del Programa Nacional, se logró incrementar de 1,317 en el 2006 a 3,149 en el 2008. La mortalidad se ha reducido debido al acceso a tratamiento con anti-retrovirales, sin embargo se requiere incrementar la detección temprana de las personas con VIH y/o con TB para lograr impacto en la reducción de la mortalidad. No se ha logrado alcanzar niveles adecuados en las metas del proyecto en el componente de prevención. La epidemia está concentrada en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con una seroprevalencia del 19%. El Programa reporta seroprevalencia de 3.2% en las trabajadoras sexuales mientras que en embarazadas es de 1.1%.

El FG aprobó fondos en noviembre de 2005 para el control de la TB, por un monto de US\$16,282,784.00; existe un RP: CARE Internacional y cinco subreceptores que son Organizaciones no Gubernamentales (ONG): Fundación Ecuatoriana de Salud Respiratoria (FESAR), Fundación Ali Causai (FAC), Centro de Epidemiología Comunitaria y Medicina Tropical (CECOMET), Desarrollo y Autogestión (DYA) y Red Internacional de Organizaciones en Salud (RIOS); el Programa Nacional ejecuta cerca del 40% de los fondos pero no es subreceptor. Se incrementó la cobertura de la Estrategia DOTS en 2007 a todas las provincias del país. En el período 2006-2007 se mejoraron los indicadores de detección de casos y de curación; sin embargo, para 2008 no se mejoraron estos indicadores, por lo que no se ha logrado el impacto esperado del proyecto.

La propuesta de malaria fue aprobada en la 8va. Ronda del FG de diciembre 2008. Se solicitaron US\$15,108, 812.00.00, de los cuáles US\$7, 527,393.00 para ser ejecutados en los dos primeros años. Se definieron dos “Receptores Principales”: el MSP para el sector público, con un Subreceptor; el SNEM y la Corporación Kimirina para la sociedad civil. Los subreceptores son el Centro de Desarrollo y Autogestión (DyA) y la Federación Nacional de Trabajadores Agroindustriales, Campesinos e Indígenas Libres del Ecuador “FENACLE”. El objetivo de la propuesta es consolidar la reducción de la enfermedad que ha sido lograda por el MSP, al pasar de 22,839 casos registrados en el 2004 a menos de 5,000 en el 2008. Se plantea eliminar la transmisión por *P. falciparum*. La propuesta considera la horizontalización del diagnóstico y tratamiento de la malaria en los servicios de salud. Se está a la espera de la aprobación final de la propuesta.

Una estrategia que permita consolidar los logros alcanzados en el control de la malaria ha sido presentada por las autoridades nacionales en febrero de 2009, denominada la “Alianza Antimalárica Nacional”. Se propone avanzar dentro de las siguientes líneas:

- Eliminar los focos residuales de transmisión de malaria, especialmente los de *P. falciparum*, para lo cual se requieren fondos adicionales para el control en zonas críticas. Esta propuesta fue acogida por el Consejo Técnico del SNEM realizado en Cuenca en diciembre del 2008.
- Consolidar el control en áreas críticas
- Consolidar la institucionalización de las estrategias de control antimalárico comunitario en el SNEM y el Ministerio de Salud.
- Delinear una alianza antimalárica nacional intersectorial e interagencial con una amplia participación del Estado y la Sociedad Civil como mecanismo para lograr un alto nivel de control de la enfermedad, estrategia inscrita en el marco del cumplimiento de los Objetivos del Milenio.

IV. ACTIVIDADES ACTUALES DE COOPERACIÓN DE LA OPS/OMS

La Representación de la OPS/OMS en el Ecuador, realizó a principios del 2008 la Evaluación de la Cooperación Técnica de la OPS/OMS del Bienio 2006-2007, a través de un proceso participativo en la que intervinieron, durante un mes, aproximadamente 200 funcionarios en representación de instituciones nacionales, subnacionales, locales, ONG’s y agencias de cooperación internacional relacionadas con el desarrollo de la salud. A partir de esa evaluación, se formuló de manera conjunta con el país, el “Plan de Trabajo Bienal 2008-2009”, el cual ha constituido nuestra hoja de ruta y compromiso de gestión durante este bienio. Se establecieron las siguientes “Estrategias y Prioridades de la Cooperación Técnica 2008-2009”

4.1 Estrategias

- Propiciar y apoyar aquellas acciones que fortalezcan la Agenda Común, Panamericana y Mundial de la Salud, mediante la cooperación técnica entre países en los procesos de integración andina y de apoyo a las actividades del Tratado Amazónico, así como también el cumplimiento de los tratados y metas en salud de carácter mundial y regional y las resoluciones de los Consejos Directivos de la OPS y de la Asamblea Mundial de la Salud.
- Promover la intersectorialidad como el medio para el logro de la producción social de la Salud a través de una respuesta social organizada, a fin de que nuestra cooperación trabaje con otros sectores estratégicos como el educativo, ambiental, agrícola, gobiernos

subnacionales, mecanismo de la Mujer e igualdad de género, de pueblos indígenas y afrodescendientes, y ONGs, propiciando la intersectorialidad y el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud.

- Favorecer el trabajo interprogramático para evitar la fragmentación y el verticalismo en la cooperación técnica y mantener la integralidad en el trabajo y la complementación de los diferentes proyectos para la obtención de productos concretos, sostenibles, hacer más efectiva la cooperación técnica y obtener mayor impacto.
- Fortalecer la descentralización de la cooperación técnica de acuerdo con los mandatos constitucionales y las políticas nacionales de favorecer la descentralización del estado a fin de propiciar el desarrollo sustentable en forma democrática y participativa e incentivando nuevas formas o modelos de la cooperación, entre ellas, las Cartas Acuerdos.
- Concertación interagencial en el marco del UNDAF y de los Objetivos y Metas del Milenio para la complementación de esfuerzos, movilización y potencialización de los recursos de cooperación en procesos nacionales como la extensión de la protección social en salud, el desarrollo del sistema nacional de salud y el control de enfermedades y riesgos ambientales.
- Movilización de recursos internacionales y nacionales en el contexto de las políticas nacionales de salud para la Agenda Inconclusa en Salud, la Protección de Logros y hacer Frente a los Nuevos Retos y Desafíos Futuros.

4.2 Prioridades

- Apoyo al desarrollo del nuevo marco Constitucional, en especial a la formulación del marco legal que promueva la nueva Carta Magna.
- Apoyo a la reforma sanitaria, al proceso de extensión de la protección social en salud, cooperando en procesos que favorezcan la validación y el control social de la política de estado en salud y el desarrollo del sistema nacional de salud como ejes orientadores y articuladores de las acciones de salud.
- Impulso a la estrategia de atención primaria renovada, a la promoción de la salud para la integración de programas en el marco de un nuevo modelo de atención que favorezca la salud familiar y comunitaria, activa participación social, y el logro de estilos y entornos saludables, que contribuyan al logro de los objetivos y metas del milenio, en un marco de descentralización y democracia.
- Fortalecer la capacidad del sector de la salud y de otros sectores e instituciones en el control de riesgos ambientales, el desarrollo de espacios saludables y mitigación de desastres, propiciando el trabajo interprogramático
- Interrumpir la transmisión de enfermedades transmitidas por vectores a través de la acción intersectorial, el ordenamiento ambiental y la participación social.
- Fortalecer y/o desarrollar intervenciones multifactoriales basadas en la evidencia para el control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- Fortalecer capacidades para la prevención de enfermedades prevenibles por vacunación humana, animal, el diagnóstico laboratorial para la vigilancia e investigación y control de brotes, emergencias epidemiológicas y enfermedades emergentes y reemergentes.

- Desarrollo de conocimientos y habilidades para la adopción de una cultura de cambio hacia el uso de información científica y tecnológica.
- Creación de espacios de discusión y análisis de conocimientos generados y difusión de la información.
- Apoyo al cumplimiento de compromisos internacionales asumidos para monitoreo y evaluación de los objetivos las metas del milenio.

Para atender estas prioridades, la Representación de OPS/OMS en el Ecuador caracterizó su cooperación técnica a través del enfoque multicultural, de género y con estricto respeto a las autoridades nacionales, de acuerdo con los resultados del proceso de concertación nacional de la cooperación técnica, tomando como referencia central las prioridades políticas, estratégicas y programáticas del MSP, fundamentadas a su vez en el Plan Nacional de Desarrollo; y las prioridades de los diferentes actores señalados previamente en este documento, en el análisis de actores externos e internos y en el Análisis de situación de salud disponible en:

http://new.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&task=view&id=25&Itemid=135

Se propiciaron y apoyaron aquellas acciones que fortalezcan la Agenda Común, Panamericana y Mundial de la Salud, mediante la cooperación técnica entre países en los procesos de integración andina y de apoyo a las actividades del Tratado Amazónico, así como también el cumplimiento de los tratados y metas en salud de carácter mundial y regional y las resoluciones de los Consejos Directivos de la OPS/OMS y de la Asamblea Mundial de la Salud.

Se promovió la intersectorialidad como el medio para el logro de la producción social de la salud a través de una respuesta social organizada, a fin que nuestra cooperación trabaje con otros sectores estratégicos como el educativo, ambiental, agrícola, gobiernos subnacionales, mecanismo nacional de la mujer e igualdad de género, de pueblos indígenas y afrodescendientes y ONGs, propiciando el fortalecimiento de la rectoría del MSP.

Se favoreció el trabajo interprogramático para evitar la fragmentación y el verticalismo en la cooperación técnica y mantener la integralidad en el trabajo y la complementación de los diferentes proyectos para la obtención de productos concretos y sostenibles. Se movilizaron recursos humanos especializados en el caso de aquellos que la Representación no tiene, como es el caso de “Género”, “Salud Comunitaria”, “Control de infecciones nosocomiales”, entre otros.

Se promovió la descentralización de la cooperación técnica de acuerdo con los mandatos constitucionales y las políticas nacionales de favorecer la descentralización del estado a fin de propiciar el desarrollo sustentable en forma democrática y participativa e incentivando nuevas formas o modelos de la cooperación como las cartas acuerdo.

La implementación de la cooperación se ha llevado a cabo también a través de la concertación Interagencial en el marco del UNDAF y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, para la complementación de esfuerzos, movilización y potencialización de los recursos de cooperación en procesos nacionales como el aseguramiento universal en salud y el control de enfermedades y riesgos ambientales.

Se ha impulsado la movilización de recursos internacionales y nacionales en el contexto de las políticas nacionales de salud para la agenda inconclusa en salud, la protección de logros y hacer frente a los nuevos retos y desafíos futuros.

La implementación efectiva de la cooperación técnica en la Representación de Ecuador se ha ejecutado a través de 8 proyectos técnicos, focalizados en el país conforme a los Resultados Esperados regionales y de acuerdo con los siguientes nombres: 1) Apoyo al desarrollo Nacional en Salud, 2) Salud Familiar y Comunitaria, 3) Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades, 4) Desarrollo y Fortalecimiento de las Políticas y los Sistemas de Salud, 5) Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios de Salud, 6) Desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud, 7) Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, 8) Inmunizaciones.

Finalmente, la cooperación técnica ha estado apoyada por un proyecto de gestión operacional y contará con el apoyo transversal de dos proyectos técnicos adscritos a la PWR, estos son el proyecto de Comunicación Social y el proyecto de Preparativos frente a las Emergencias y los Desastres (gráfico 12).

Gráfico 7



4.3 Recursos financieros con cargo al presupuesto regular y otras fuentes, incluyendo un análisis por los tipos de gasto

Esta Representación cuenta con 11 proyectos, dos de ellos creados en febrero/2009.

Tabla 3
Asignación presupuestaria por proyecto de cooperación técnica. 2008-2009

Proyectos	Asignación	RB	OS
Apoyo al Desarrollo Nacional en Salud y Gestión Interna.	969,798	969,798	0
Vigil. Sanitaria y Control de Enfermedades	1,120,044	499,655	620,388
Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental	231,562	231,562	0
Salud Familiar y Comunitaria	441,934	316,408	125,526
Desarrollo y Fortalecimiento de las Políticas y los Sistemas de Salud.	444,734	435,043	9,691
Tecnología y Prestación Servicios de Salud	282,981	217,143	65,838
Desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud	348,339	348,339	0
Inmunizaciones	109,562	93,705	15,857
Comunicación Social (<i>nuevo</i>)	724,148	82,660	641,488
Desastres (<i>nuevo</i>)	273,027	62,069	210,958
Programa Subregional PED	895,480	0	895,480
Total	5,841,609	3,256,383	2.585.226

Fuente: AMPES de la PWR Ecuador.

4.3.1 Análisis por tipo de gasto

La Representación en Ecuador ha destinado la mayor parte de sus fondos de cooperación a la realización de contratos y talleres, que incluye viajes de participantes a distintas reuniones de capacitación. El 12% se destina al pago de profesionales nacionales y el 11% financia el personal de apoyo local (restando el pago por indemnización).

Tabla 4
Detalle de la ejecución presupuestaria por tipo de gasto de la cooperación técnica. 2008-2009

Gasto	Obligado
Acuerdos de Servicios Contractuales	1,389,823.50
Cursos y Seminarios	953,797.78
Profesionales Nacionales	589,268.45
Personal contratado bajo "Service Contract"	549,972.39
Suministros y Equipo.	359,393.36
Gastos Generales Operación	242,957.31
Viajes	172,986.42
Bono Personal MSP	133,512.18
Cartas de Acuerdo	131,023.58
STC y Asesores Temporeros	147,305.17
Hospitalidad	1,113.92
Total	4,671,154.06

Fuente: AMPES de la PWR Ecuador.

4.3.2 Recursos humanos

El anexo “Organigrama” muestra en detalle que a febrero del 2009, la Representación cuenta con 42 funcionarios, ubicados tanto en los proyectos regulares como en el Programa Subregional PED y los regionales de Laboratorios y Salud de los Pueblos Indígenas. En el mismo anexo se encuentra su distribución por sexo y área de trabajo: 25 mujeres y 16 hombres trabajan en la PWR Ecuador.

Tabla 5
Distribución de los RRHH de la Representación según Género y lugar de desempeño.

REPRESENTACION OPS/OMS ECUADOR					
TIPO DE CONTRATACION	NUMERO PERSONAS	LUGAR DE TRABAJO			
		QUITO		GUAYAQUIL	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1. PERSONAL REGULAR					
1.1 PROFESIONAL	8	4	3	1	0
1.2 OFICIALES NACIONALES	1	0	1	0	0
1.3 SERVICIOS GENERALES	4	0	4	0	0
2. PROFESIONALES NACIONALES	8	3	4	1	0
3. PERSONAL ASIGNADO	8	4	2	1	1
4. PERSONAL AGENCIA	12	1	9	1	1
TOTAL	41	12	23	4	2

Fuente: Representación OPS/OMS Ecuador

La Oficina cuenta con un punto focal de género, consultor internacional y con apoyo de una consultora con contrato de servicios especiales. No tiene especialista en Género.

4.3.3 Infraestructura y equipos en las oficinas

Tabla 6
Superficie en metros cuadrados de las oficinas de OPS/OMS-ECU. 2009

Oficina	M2
Representación (noveno piso del edificio de NNUU)	417
Oficina PALTEX (edificio de NNUU)	17
Almacén PALTEX MSP	25
Programa Subregional de Preparativos frente a las Emergencias y Desastres	110
Subsede Guayaquil	120

Fuente: Representación OPS/OMS Ecuador

El detalle de todos los bienes que forman parte de la Representación se detallan en el anexo 4 Inventario.

La información detallada sobre el listado de equipos informáticos, la seguridad de los mismos, accesos, respaldos, software y hardware, tanto en situación normal como en modo de emergencia, se encuentra disponible en nuestras oficinas.

4.3.4 Alianzas de la OMS con otros organismos y ventajas comparativas

La información disponible, actualizada, vigente y detallada sobre los diferentes “convenios” con las diversas Instituciones, se encuentra disponible en los archivos que mantiene la Representación. Se incluyen igualmente los “Grants”.

4.3.5 Fortalezas y debilidades de la cooperación de la OPS/OMS Ecuador (Se presenta a continuación el análisis FODA (SWAT) con las auditoras de OMS en enero de 2009).

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> (a) Cuadro institucional apropiado para la cooperación técnica. (b) Excelente nivel de conocimiento OPS (técnico y administrativo) (c) Experiencia acumulada por parte equipo de país. (d) Credibilidad técnica del equipo y estabilidad. (e) Prestigio de la oficina en Ecuador. (f) Continuidad entre representantes de la oficina. (g) Liderazgo y buena comunicación con el representante. (h) Apoyo por parte del administrador. (i) Calidad humana. (j) Excelente clima laboral. (k) Buen trabajo de equipo. (l) Solidaridad entre los miembros del equipo país. (m) Infraestructura de la oficina. (n) Casa común. (o) Capacitación permanente. (p) Recursos financieros suficientes. (q) Acceso a la tecnología/excelentes herramientas de trabajo. (r) Procesos administrativos definidos. (s) Capacidad para solucionar problemas. (t) Rotación de asistentes por los programas técnicos. (u) Trabajo Inter-programático. (v) Buena cooperación y apoyo de la oficina a la Subsede en Guayaquil. (w) Organización matricial Inter-programática del trabajo. (x) Presencia en el país de tres programas regionales. (y) Buen apoyo nivel OPS/Washington. (z) Capacidad movilizar fondos extrapresupuestarios. (aa) Trabajo interagencial. (bb) Excelente relación con el MSP y otras contrapartes nacionales. (cc) Existencia de la Subsede en Guayaquil, facilita respuesta inmediata en situaciones de emergencia. (dd) Apoyo a otras oficinas en el área administrativa. (ee) Participación en el UNDAF y ser el líder en el área de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> (a) Equipo muy fuerte que pudiera generar una confianza excesiva. (b) El 50% del equipo técnico es nuevo: adaptación necesaria. (c) A veces, muchas funciones asignadas a una misma persona. (d) Alto volumen de trabajo. (e) Las respuestas de apoyo a otras Oficinas de País en la Región incrementan el trabajo para quienes se quedan. (f) Nivel de inglés limitado en algunas personas. (g) Diferentes tipos de contratación del personal. (h) Sistema de evaluación de las actividades, antes y después de la actividad. (i) Capacidad de adaptación como Organización. Lentitud de respuesta a nivel OPS. (j) Rigidez e inflexibilidad de procedimientos administrativos, por ejemplo, frente a desastres. (k) Condiciones de evacuación del personal en caso de emergencia en la Casa común NNUU (ejercicio en 2008). (l) Espacio común de trabajo en la Casa Común de NNUU impide la privacidad. (m) Espacio de trabajo reducido en Casa Común de NNUU.

Fuente: Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades, y amenazas respecto al trabajo del equipo país OPS/OMS en Ecuador, Equipo OPS/OMS país (43 participantes), 15 Enero 2009.

Oportunidades	Amenazas/Desafíos
<p>(a) Declaración Objetivos de Desarrollo del Milenio.</p> <p>(b) Estabilidad política en los últimos 2 años.</p> <p>(c) Gran respaldo político del Gobierno Central al Sector Salud.</p> <p>(d) Incremento del presupuesto del MSP.</p> <p>(e) La Ministra de Salud es una ex funcionaria de OPS/ECU.</p> <p>(f) Trabajo descentralizado a nivel del MSP, alcaldías, etc.</p> <p>(g) Trabajo entre agencias de NNUU.</p> <p>(h) Capacitación del personal para mejorar cooperación.</p> <p>(i) Experiencia con los proyectos regionales en OPS/ECU.</p> <p>(j) Presencia de muchos donantes dispuestos a aportar fondos.</p> <p>(k) Evaluación del desempeño en el MSP.</p> <p>(l) Tecnología que mejora la comunicación entre países</p> <p>(m) Avance legislativo: Ley Orgánica (2002), Ley Orgánica del sector salud (2006) y nueva Constitución (reconocimiento del derecho universal a la salud y fortalecimiento del sistema nacional de salud).</p> <p>(n) Apoyo subregional y regional a los proyectos de OPS/ECU.</p> <p>(o) Reuniones para estandarización de proyectos administrativos a todas las oficinas de país en la Región.</p> <p>(p) Credibilidad de la Organización ante el sistema de las NNUU.</p> <p>(q) Fortalecimiento de las áreas técnicas de la OPS/Washington.</p> <p>(r) Posibilidad de elaborar la Estrategia de Cooperación de País (CCS).</p> <p>(s) Grupos interagenciales de trabajo en las NNUU.</p>	<p>(a) Conflictos geopolíticos internacionales que afectan a Ecuador.</p> <p>(b) Política externa de Ecuador respecto a su deuda externa.</p> <p>(c) Posición de las instituciones de Gobierno frente a las agencias de cooperación externa y al Banco Mundial.</p> <p>(d) Redistribución de prioridades en el gobierno a causa de la reducción del presupuesto puede afectar al presupuesto en el sector salud.</p> <p>(e) Próximas elecciones generales en abril 2009 que pudieran originar cambios políticos de alto nivel en el MSP.</p> <p>(f) Vulnerabilidad del país frente a los desastres naturales.</p> <p>(g) Agudización de los problemas de salud de las poblaciones desfavorecidas debido a la crisis económica.</p> <p>(h) Fragmentación del sistema, ONGs y competencia por recursos.</p> <p>(i) Proliferación de la cooperación técnica bilateral y competición por <i>espacios de acción</i> aumentada.</p> <p>(j) Llegada/presencia de agencias que pueden imponer sus intereses y desplazar a la OPS/OMS con sus recursos.</p> <p>(k) El MSP solicita a la OPS/ECU cubrir funciones que no le corresponden.</p> <p>(l) El MSP considera a la OPS como "su caja chica".</p> <p>(m) La Subsede en Guayaquil obedece más a una decisión política que a una necesidad técnica.</p> <p>(n) Incertidumbre cambio de representante de OPS/ECU.</p> <p>(o) La descentralización financiera del Gobierno retrasa pagos de proyectos OPS.</p> <p>(p) Falta de coordinación entre los programas regionales de la OPS/OMS sin pasar por OPS/ECU (e.g. programa de inmunización, anuncio de vacunación hecho directamente desde Washington). Creación de expectativas no realistas por estas misiones.</p> <p>(q) Problemas financieros globales pueden impedir a los países no pagar sus cuotas completas a la OPS.</p> <p>(r) Implementación de la Normas Internacionales de Contabilidad para el Sector Público (IPSAS) en 2010, pudiera incrementar la rigidez de procesos administrativos.</p> <p>(s) Casa Común pudiera ser el posible objetivo de amenazas terroristas.</p>

Fuente: Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades, y amenazas respecto al trabajo del equipo país OPS/OMS en Ecuador, Equipo OPS/OMS país (43 participantes), 15 Enero 2009.

V. EL MARCO POLÍTICO DE LA OMS: DIRECTRICES MUNDIALES Y REGIONALES

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que disfrutar del más alto nivel de salud es un derecho fundamental del ser humano. De esa manera, la cooperación técnica de la OPS/OMS en Ecuador es guiada por los valores de la Organización que contribuyen para la salud de la población mundial, basada en el respeto a los derechos humanos relacionados con la salud, el compromiso con la equidad y la igualdad de género.

El marco estratégico para la cooperación técnica de la OPS/OMS, fue creado para atender a los mandatos de salud, regionales y mundiales, y consta de tres componentes estratégicos para la acción:

- a) Finalizar la agenda inconclusa de salud
- b) Mantener los logros sanitarios
- c) Afrontar los nuevos retos a la salud

Este marco estratégico es reflejado en el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012, el cual es basado en las siguientes orientaciones político-estratégicas:

Visión: La Oficina Sanitaria Panamericana será el mayor catalizador para asegurar que toda la población de las Américas goce de una óptima salud y contribuir al bienestar de sus familias y sus comunidades.

Misión: Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas.

Valores: equidad, excelencia, solidaridad, respeto e integridad

El Undécimo Programa General de Trabajo 2006-2015 de la OMS (PGT) y su correspondiente Plan Estratégico de Mediano Plazo 2008-2013, que originaron los objetivos estratégicos del Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS, armonizar la contribución de la OPS/OMS al alcance de los objetivos globales son:

Las funciones básicas de la OPS/OMS que hacen clara la respuesta de la Organización al Programa de Acción Sanitaria Mundial:

- 1) Ejercer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieren actuaciones conjuntas;
- 2) Determinar las líneas de investigación, estimular la producción, aplicación y difusión de conocimientos valiosos;
- 3) Definir normas y patrones y seguir de cerca su aplicación en la práctica;
- 4) Formular opciones políticas que aúnen principios éticos y fundamento científico;
- 5) Establecer cooperación técnica, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera, y
- 6) Seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.

La Agenda de Salud de las Américas 2008-2017 elaborada por los Países Miembros de la OPS/OMS para “orientar la acción colectiva de los actores, nacionales e internacionales, interesados en contribuir a mejorar la salud de los pueblos de la Región” define las siguientes áreas de acción:

- a) Fortalecer la Autoridad Sanitaria Nacional
- b) Abordar los determinantes de salud
- c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad
- d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos
- e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad
- f) Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud
- g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología
- h) Fortalecer la seguridad sanitaria

La Política en materia de igualdad de género de la OPS/OMS (resolución DC46-R16).

Consiste en un llamado a la Organización y a los Estados Miembros a que integren la perspectiva de género en la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas, programas, proyectos e investigación para lograr:

1. un estado de salud óptimo en las mujeres y los hombres
2. la asignación equitativa de los recursos
3. la igualdad y justicia en la distribución de las cargas y las retribuciones asociadas con la atención de salud y el bienestar.

La política OPS/OMS de Igualdad de Género contempla trabajar con los gobiernos y la sociedad civil en los Estados Miembros y con actores relevantes para eliminar las desigualdades en materia de salud entre las mujeres y los hombres, y avanzar hacia el logro de igualdad de género y empoderamiento de las mujeres. La OPS/OMS también está comprometida en impulsar la igualdad de género en su propia fuerza laboral.

Para contribuir a estos logros, la OPS/OMS integrará consideraciones de género en todas las facetas de su trabajo

El programa de salud de los pueblos indígenas, contribuye al logro de la equidad en las Américas en un contexto de reconocimiento y respeto a la diversidad cultural. Su finalidad es encaminarse a hallar soluciones realistas y sostenibles a los graves problemas de mala salud y condiciones de vida inferiores al promedio que afrontan muchos de los pueblos indígenas en toda la Región, en colaboración con los propios pueblos indígenas.

Las estrategias son a) promover esfuerzos conjuntos y la responsabilidad compartida por la OPS y sus Estados Miembros y las organizaciones y las comunidades indígenas, junto con los organismos y las organizaciones nacionales e internacionales (gubernamentales y no gubernamentales); b) generar conocimientos e información basados en las experiencias, así como también permitir acumular sistemáticamente el conocimiento y la información adquiridas a través de la experiencia; y c) formular propuestas que respondan tanto a las situaciones específicas como a los contextos que varían de un país a otro, y concebir enfoques de acuerdo con los temas comunes a nivel regional con la participación de toda la Organización y todos los Estados Miembros en este proceso.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que guían las iniciativas nacionales e internacionales encaminadas a mejorar la salud de los pueblos de las Américas en respuesta a una resolución del Consejo Directivo de la OPS en 2004 (CD45/R3). Entre los ocho ODM seis son directamente relacionados con la salud:

- Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal
- Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer
- Objetivo 4: Reducir la mortalidad de la niñez
- Objetivo 5: Mejorar la salud materna
- Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
- Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

En la búsqueda de lograr los ODMs, la OPS realiza esfuerzos para mejorar la salud de las poblaciones más vulnerables y reducir las inequidades en salud combatiendo los determinantes sociales claves de la exclusión social y de la exposición a los riesgos en salud. Fomenta y apoya la implementación de la Atención Primaria en Salud Renovada, movilizand o recursos y proveyendo cooperación técnica para alcanzar los 16 objetivos estratégicos de la Oficina Sanitaria Panamericana, aprobados por sus Estados Miembros.

VI. AGENDA ESTRATÉGICA

6.1 Introducción

Una de las cuestiones de mayor actualidad y trascendencia para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es cómo hacer más pertinente, eficiente, estratégica y de mayor impacto en la equidad a la cooperación que se desarrolla con los países. En ese ámbito, la OMS ha generado una estrategia interna para centrar la cooperación en las necesidades y requerimientos de los países, que ha denominado Cooperación Enfocada en el País, que se instrumenta mediante la formulación de la Estrategia de Cooperación con el país o “*Country Cooperation Strategy*” (CCS por sus siglas en inglés).

Con ese marco global, la OPS/OMS ha establecido que, siendo su objetivo final el desarrollo de la salud de los países, debe responder de manera más efectiva tanto a las necesidades específicas de los países como a los mandatos globales y regionales dirigidos a enfrentar los problemas de salud de la Región y las grandes brechas existentes en condiciones y acceso a la salud. Por ello, en el marco de los principios de la equidad y la solidaridad, ha decidido adaptar el instrumento desarrollado en la OMS a las características regionales, y lo aplicará como una herramienta de valor para la orientación estratégica y de mediano plazo de la cooperación técnica en función de las necesidades específicas de cada país.

El país acaba de pasar por un proceso electoral en abril de 2009 en el cual fue reelecto el actual presidente y manteniéndose las mismas autoridades en el sector de la salud.

A lo interno del Sistema de Naciones Unidas, el gobierno aprobó la propuesta del “Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF, por sus siglas en inglés). En coordinación con las autoridades nacionales y tomando como referencias básicas las prioridades establecidas en la planificación nacional y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), se han definido las áreas prioritarias y los resultados esperados para el nuevo ciclo programático de cooperación.

Para la elaboración de la ECP se contó con la participación de una misión del 9 al 13 de marzo de 2009, integrada por funcionarios de los tres niveles de la OMS (global, regional y de país) quienes se reunieron con entidades gubernamentales (autoridades nacionales del sector de la salud) y representantes de los sectores público, privado y de la sociedad civil. Durante todo este proceso, se tuvo acceso a una vasta selección de documentos oficiales del Gobierno de Ecuador, de la Representación de la OPS/OMS en el país y de otras instituciones nacionales y agencias de las Naciones Unidas, que sirvieron de referencia para el análisis de los principales problemas, políticas y programas de desarrollo nacional.

Todas estas actividades tuvieron como finalidad precisar los principales problemas de la salud del país, actuales y previsibles para el mediano plazo, conocer y discutir las prioridades y políticas nacionales de desarrollo y de salud así como sus necesidades de cooperación técnica para, a partir de ello, identificar las prioridades de cooperación para la OPS/OMS y los enfoques y modalidades con que esta Organización debería abordar los desafíos que fuesen finalmente acordados con las autoridades nacionales.

Las prioridades de la cooperación de la OPS/OMS con Ecuador se enmarcan en los seis ejes transversales de la Organización: la estrategia de Atención Primaria de Salud renovada, la Promoción de la Salud, la Protección Social, la Igualdad de Género, Etnicidad y Derechos Humanos.

El jueves 12 de marzo la misión le presentó a la Ministra de Salud, Dra. Caroline Chang y su equipo de trabajo, el listado de las “prioridades” de cooperación técnica que se describen más abajo, obteniéndose el pleno aval por parte de la máxima autoridad de salud del país.

6.2 Prioridades de cooperación técnica de la OPS/OMS con el país

1. Apoyo al desarrollo del marco jurídico, normativo y de políticas que deriva de los contenidos de la nueva Carta Magna y el Plan Nacional de Desarrollo, con el propósito de alcanzar las metas de acceso universal en salud con gratuidad progresiva.
 - a. Ley Orgánica del sistema de salud y su reglamento.
 - b. Ley de Carrera Sanitaria y su reglamento.
 - c. Ley de Soberanía Alimentaria.
 - d. Otras leyes
2. Apoyo al proceso de Transformación Sectorial en Salud como eje orientador y articulador de las acciones de salud, a través de sus componentes así como a los procesos participativos en los ámbitos nacional, provincial y local, en el contexto de los Consejos Nacional, Provincial y Cantonal, los Comités de usuarios y otras instancias:
 - a. Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional
 - b. Administración y Gestión del Sistema Nacional de Salud
 - c. Red Pública de Servicios de Salud y Modelo de Atención
 - d. Financiamiento del Sistema Nacional de Salud, incluyendo la atención integral de las enfermedades catastróficas.
 - e. Control y Monitoreo del Sistema Nacional de Salud
 - f. Sistema de Gestión de Información de Salud
 - g. Participación Ciudadana y Control Social
3. Fortalecimiento de los procesos administrativos y de gestión del Ministerio de Salud Pública, desarrollando un modelo de organización y gestión horizontal, descentralizado, eficiente y eficaz que contribuya al logro de los objetivos de la Transformación Sectorial en Salud.

4. Impulsar la construcción, desarrollo y consolidación de las Redes Integradas de Prestadores Públicos, en el marco de la equidad en salud, coadyuvando a la expansión de la cobertura y un mayor acceso de la población a los servicios de salud, incluyendo la atención a la discapacidad, dentro de una estrategia que garantice la gestión y entrega de servicios de salud con calidad y calidez, de forma tal que los usuarios participen de la promoción de la salud y reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo con sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud, con énfasis en población vulnerable.
5. Impulso al desarrollo de un nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, en el marco de la estrategia de Atención Primaria renovada, incluyendo el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud que favorezca la integración horizontal de programas y servicios de salud, activa participación social y el logro de estilos y entornos saludables, para contribuir al logro de los objetivos y metas del milenio, en un marco de interculturalidad, intersectorialidad, igualdad de género, descentralización y democracia. El Modelo se sustentará en el fortalecimiento de la “Red integrada de proveedores públicos”, el desarrollo de los “Equipos Básicos de Atención de Salud, EBAS”, como estrategia de extensión de la cobertura con equidad y gratuidad y en un Modelo de Gestión con un sólido sistema de información integral.
6. Fomentar, facilitar y mediar la alineación de los procesos formativos de RRHH con las necesidades de la Transformación del Sector Salud y el desarrollo del Nuevo Modelo de Atención, desarrollando competencias específicas para el análisis de la situación integral de salud, planificación de acciones de salud y otras, mediante una serie de iniciativas tales como un nuevo diseño de la currícula de pregrado, posgrados específicos, educación permanente, entre otras modalidades, promoviendo la consolidación de Redes para la formación y capacitación de RRHH, el desarrollo de la Bioética y de la investigación en salud.
7. Desarrollar y fortalecer la capacidad del Sector Salud y de otros Sectores e Instituciones en el control de riesgos ambientales, el desarrollo de espacios saludables, preparativos frente a las emergencias y desastres y, la gestión de riesgos; con un enfoque de Determinantes Sociales de Salud, propiciando el trabajo interprogramático, intersectorial e interagencial, con la participación de los gobiernos locales, la sociedad civil, con el fin de mejorar las condiciones de vida, ambientales y de salud y el logro de los ODM.
8. Fortalecer la capacidad institucional para la promoción, prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, a través del desarrollo de programas integrados en el Modelo de Atención, la acción intersectorial, el ordenamiento ambiental, la educación para la salud, la participación social y, el desarrollo y la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y el mejoramiento de la calidad de la información que construyen los indicadores de salud, en coordinación con otros sectores como Registro Civil y el Instituto de Estadísticas y Censos del Ecuador.
9. Fortalecer la capacidad institucional para la transversalización del enfoque de género e interculturalidad en las políticas y los programas del sector salud: fortalecer las capacidades para generar, analizar y usar la información desglosada por sexo y otras variables pertinentes; crear herramientas y formar las capacidades en el Ecuador para la integración de una perspectiva de igualdad de género en la formulación, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de políticas y programas; aumentar y fortalecer la participación de la Sociedad civil, especialmente de los grupos de mujeres y otros aliados en la lucha por la igualdad de género, en la determinación de las prioridades, la formulación de políticas y la vigilancia de las políticas y los programas a todos los niveles e institucionalizar las políticas sensibles a las cuestiones de género así como los mecanismos de vigilancia para hacer un seguimiento de los resultados específicos de la

integración, de acuerdo con el método de gestión orientada a la consecución de resultados, y evaluar la eficacia de las intervenciones de género en los resultados de salud como es el caso de violencia de género y mortalidad materna.

6.3 Enfoque estratégico de la cooperación técnica ³¹

- 6.3.1 Propiciar y apoyar aquellas acciones que fortalezcan la Agenda Común, Panamericana y Mundial de la Salud, mediante la cooperación técnica entre países (CTP) en los procesos de integración andina, del MERCOSUR, UNASUR y del Tratado Amazónico, así como también el cumplimiento de los tratados y metas en salud de carácter mundial y regional y las resoluciones de los Consejos Directivos de la OPS y de la Asamblea Mundial de la Salud.
- 6.3.2 Promover la intersectorialidad como el medio para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud hacia la equidad en salud a través de una respuesta social organizada, a fin de que nuestra cooperación trabaje con otros sectores estratégicos como el educativo, ambiental, agrícola, gobiernos subnacionales, ONGs, mecanismo nacional de la Mujer y de igualdad de género, de pueblos afrodescendientes e indígenas, propiciando la intersectorialidad y el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud.
- 6.3.3 Favorecer la integración interprogramática alrededor de las prioridades nacionales de cooperación técnica en salud para evitar la fragmentación y el verticalismo en la cooperación técnica y mantener la integralidad en el trabajo y la complementación de los diferentes proyectos para la obtención de productos concretos, sostenibles, hacer más efectiva la cooperación técnica y obtener mayor impacto.
- 6.3.4 Fortalecer la descentralización de la cooperación técnica de acuerdo con los mandatos constitucionales y las políticas nacionales de favorecer la descentralización del estado a fin de propiciar el desarrollo sustentable en forma democrática y participativa e incentivando nuevas formas o modelos de la cooperación, entre ellas, las Cartas Acuerdos.
- 6.3.5 Concertación interagencial en el marco del UNDAF y de los Objetivos y Metas del Milenio para la complementación de esfuerzos, movilización y potencialización de los recursos de cooperación en procesos nacionales como la extensión de la protección social en salud, el desarrollo del sistema nacional de salud, la intersectorialidad y el control de enfermedades y riesgos ambientales.
- 6.3.6 Movilización de recursos internacionales y nacionales en el contexto de las políticas nacionales de salud para la Agenda Inconclusa en Salud, la Protección de Logros y hacer Frente a los Nuevos Retos y Desafíos Futuros.
- 6.3.7 Fortalecer la Dirección de Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud Pública y la Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional, AGECI, para desarrollar el liderazgo y la capacidad institucional del país en la gestión de la cooperación internacional y en los procesos de integración política, a nivel sub regional, especialmente en el próximo ejercicio del secretariado pro tempore del UNASUR y que potencien la oferta de cooperación técnica del país a nivel internacional favoreciendo la cooperación sur-sur y la triangulación.

³¹ Cuando nos referimos al "enfoque estratégico" estamos estableciendo los principios y atributos fundamentales de la estrategia.

- 6.3.8 Promover la conformación y fortalecimiento de redes de organizaciones e instituciones nacionales e internacionales para el abordaje de problemas de interés común y construir alianzas entre diversas instituciones, sectores, disciplinas, agencias, ONGs, instituciones religiosas, fundaciones, y otros actores nacionales comprometidos con el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud.
- 6.3.9 Promover espacios de debate con la sociedad científica y otros actores nacionales, sobre aspectos relevantes de salud pública, con el objetivo de contribuir a la construcción de un pensamiento y compromiso con el desarrollo sanitario del país y en apoyo a la gestión del Sistema Nacional de Salud.
- 6.3.10 Colaborar con la comunicación social y la diseminación de los procesos y avances del sistema nacional de salud, teniendo en cuenta los enfoques estratégicos establecidos. Esto incluye la cooperación en la planificación de estrategias de comunicación que permitan contribuir a un cambio social, a la promoción de la salud y la incorporación de hábitos saludables.

VII. IMPLEMENTACIÓN DE LA AGENDA ESTRATÉGICA

La Representación de la OPS/OMS posee los recursos humanos necesarios y suficientes (personal de larga y corta permanencia), así como la estructura de programas y proyectos, el apoyo administrativo, los recursos financieros con cargo a los presupuestos del país y la disponibilidad de información y conocimientos técnicos pertinentes.

No obstante, se considera pertinente citar en este acápite las principales recomendaciones que nos hiciera la Oficina de Auditoría Interna de la OMS, durante la Auditoría Integral llevada a cabo en la Representación de OPS/OMS Ecuador, en el mes de enero de 2009. Estas fueron las siguientes:

- 1.1 Llevar a cabo la Estrategia de Cooperación de País (CCS por sus siglas en inglés), la cual será el marco de referencia para la cooperación técnica de OPS/OMS en Ecuador durante el quinquenio 2010-2014.
- 1.2 Desarrollar un análisis y abordaje sistemático de los principales actores (multilaterales y bilaterales) de la cooperación internacional en el país, con el propósito de fortalecer la movilización de recursos técnicos y financieros para el país.
- 1.3 Fortalecer la cooperación técnica en el área de enfermedades no transmisibles y promoción de la salud. En este sentido estamos desarrollando un abordaje interprogramático desde tres proyectos de la Representación (Salud familiar y Comunitaria; Vigilancia Sanitaria, prevención y control de enfermedades y Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental).
- 1.4 Incrementar y sistematizar la interacción con nuestra oficina central de OMS en Ginebra, con el propósito de fortalecer la cooperación técnica de OPS y OMS en el país con un abordaje integral, integrado y global. Cabe destacar que el desarrollo de la misión para formular la ECP, constituye por si misma un espacio de (primera) concertación entre los equipos técnicos regionales de OPS, OMS y el equipo de la Representación.
- 1.5 Fortalecer los procesos internos de apoyo logístico y administrativo en la Representación.

ANEXOS

Anexo 1: Contexto de la Cooperación Técnica de la OPS-Ecuador, años 2000 a 2008

Anexo 2: Organigrama de la Representación de OPS/OMS-ECU 2009

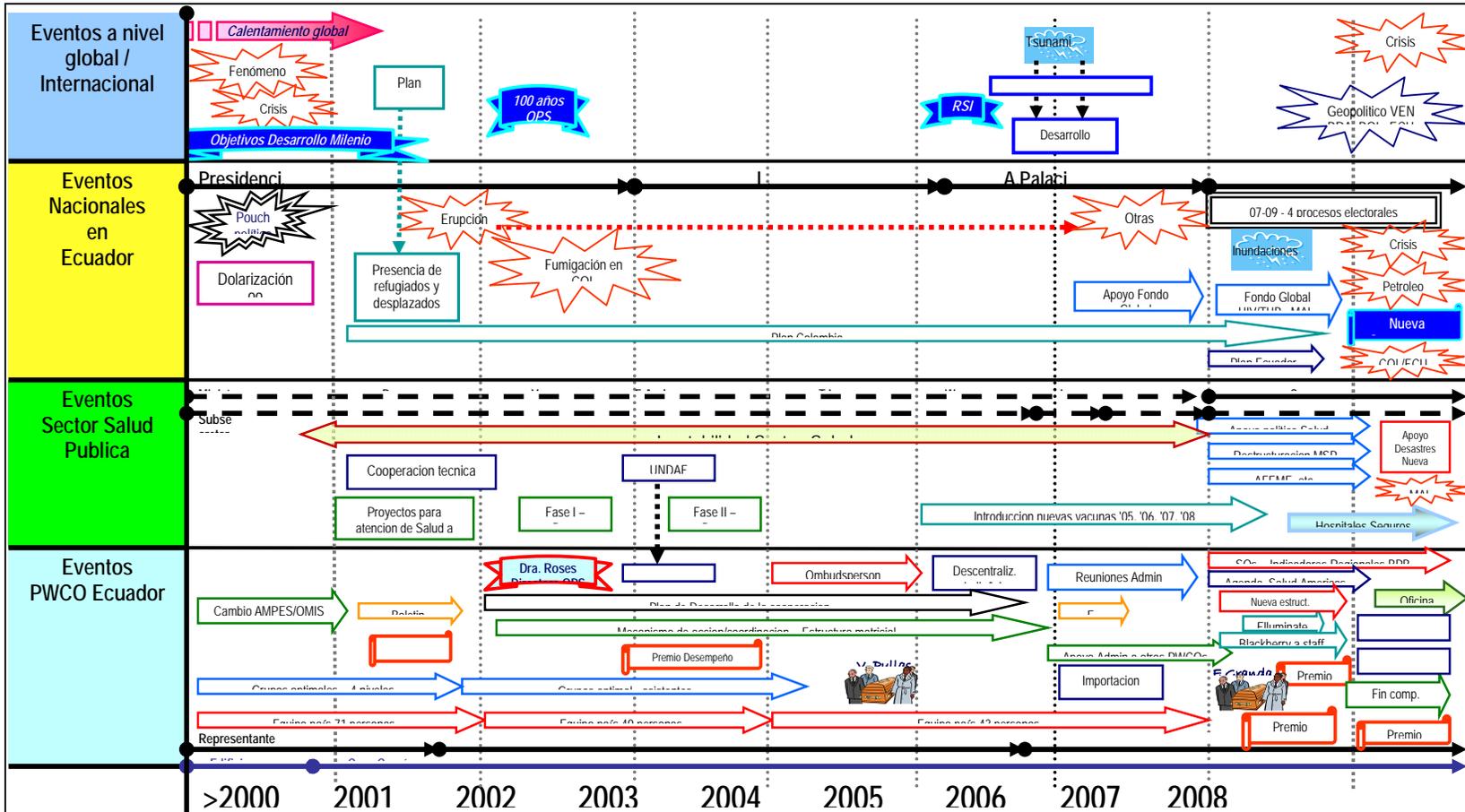
Anexo 3 Entidades Participantes

Anexo 4 Inventario de Bienes

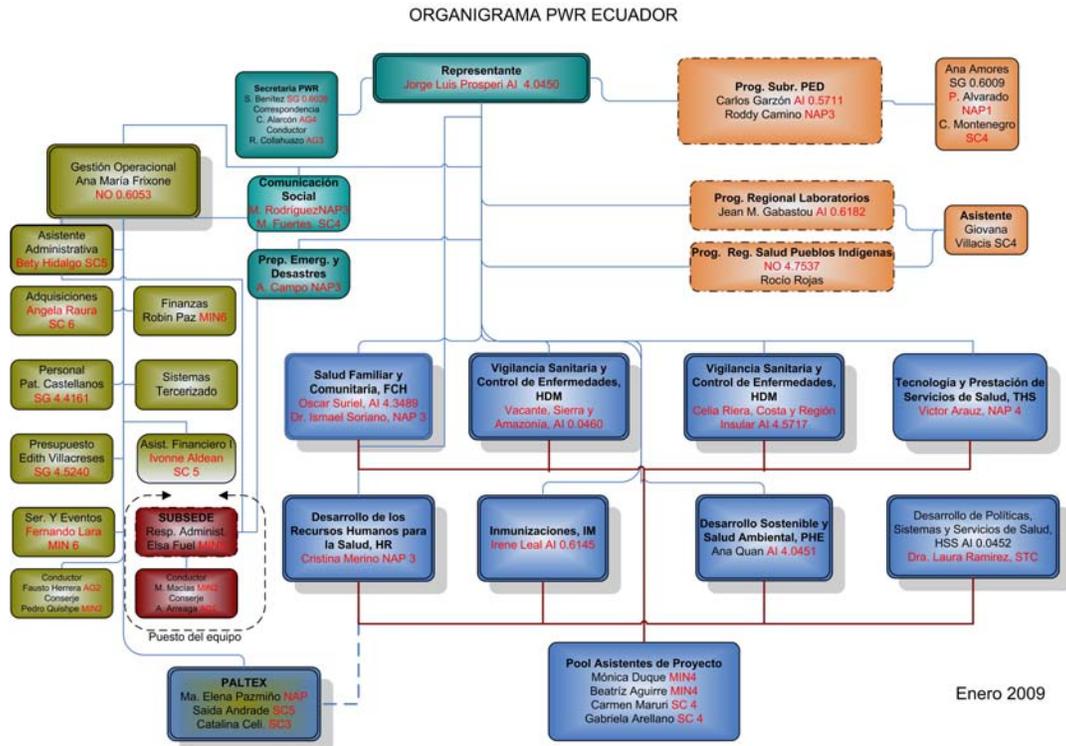
Anexo 5 Siglas

Anexo 6 Agenda de trabajo

Anexo 1: Contexto de la Cooperación Técnica de la OPS-Ecuador, años 2000 a 2008



Anexo 2. Organigrama de la Representación de OPS/OMS-ECU 2009



Anexo 3. Entidades participantes

1. Representación de la OPS / OMS en el Ecuador (Coordinadores de Proyectos).
2. Ministra de Salud Pública del Ecuador.
3. Consejo Nacional de Salud (CONASA) con diferentes comisiones como Ciencia y tecnología, Sector Privado, entre otros.
4. Directora General de Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP)
5. Subsecretario de Extensión de la Protección Social en Salud (MSP)
6. Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional (AGECI) del gobierno del Ecuador (coordina la mesa de cooperación de todas las agencias y organismos del SNU, ONGs y otros de cooperación bilateral³²)
7. Coordinador Residente del Sistema de Naciones Unidas.
8. Representante del UNICEF.
9. Representante de UNFPA.
10. Instituciones Académicas Pre-grado y Post-grado que articulan acciones con la OPS.
11. Representantes de Organizaciones Científicas de Profesionales.

• ³² El Gobierno del Ecuador ha establecido lineamientos para el proceso de armonización-alineación ESTADO ECUATORIANO-COOPERANTES, teniendo como referencia la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo y el Programa de Acción de ACCRA. En este contexto, el Gobierno ha establecido una Mesa de Diálogo Global, coordinada por la Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional (AGECI), la Secretaría Nacional de Planificación del Desarrollo (SENPLADES) y la Cancillería; ha identificado las Mesas Temáticas a trabajar y ha definido ETAPAS para la conformación de las Mesas de Cooperantes

Anexo 4. Inventario de bienes de la OPS/OMS - Ecuador

Categoría	Valor actual	Valor original
Equipos de Informática	206,055.68	206,055.68
Equipos audiovisuales	12,433.45	12,433.45
Vehículos	67,390.58	67,390.58
Otros muebles y equipos	130,770.65	130,770.65
Total	416,650.36	416,650.36

Anexo 5.

Siglas

ACNUR:	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
APS:	Atención Primaria a la Salud
AUS:	Programa de Aseguramiento Universal
CCS:	Cooperation Country Strategy
CECOMET:	Centro de Epidemiología Comunitaria y Medicina Tropical
CILA:	Comité Inter-institucional de Lucha Antitabáquica
CONASA:	Consejo Nacional de Salud
COE-S:	Comité Operativo de Emergencia en Salud
DIPLASEDE:	Dirección de Planeamiento de la Seguridad para el Desarrollo Nacional
DOT:	Tratamiento directamente observado (en español)
DYA:	Desarrollo y Autogestión
EBAS:	Equipos básicos de atención en salud
ECHO:	Comisión Europea para la Asistencia Humanitaria
ECP:	Estrategia de cooperación de países
FAC:	Fundación Ali Causai
FESAR:	Fundación Ecuatoriana de Salud Respiratoria
FENACLE:	Federación Nacional de Trabajadores Agroindustriales, Campesinos e Indígenas Libres del Ecuador
FG:	Fondo Global
GAVI:	Alianza Global para las Vacunas y las Inmunizaciones
HSH:	Hombres que tienen sexo con hombres
IESS:	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC:	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador
INHMT:	Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical
ISSFA:	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL:	Instituto de Seguridad Social de la Policía
JBG:	Junta de Beneficencia Guayaquil
LOSNS:	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud
MAIS:	Modelo de atención integral en salud
MAISFC:	Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria
MIDUVI:	Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda
MSP:	Ministerio de Salud Pública
ONG:	Organización no Gubernamental
RIOS:	Red Internacional de Organizaciones en Salud
RVL:	Rostros Voces y Lugares
SENAGUA:	Secretaría Nacional del Agua
SNS:	Sistema Nacional de Salud
SOLCA:	Sociedad de Lucha Contra el Cáncer
SNEM:	Servicio nacional de control de enfermedades transmitidas por vectores Artrópodos, del Ecuador
TSSE:	Transformación Sectorial de Salud del Ecuador
TB-MDR:	Tuberculosis multidroga resistente
USAID:	Agencia de Cooperación Internacional de los Estados Unidos de América del Norte
UNCT:	United Nations Country Team

Anexo 6.

Agenda de trabajo

Agenda de trabajo Primera Misión CCS – Ecuador 9-13 de marzo de 2009

VERSION 11/Marzo/09

MAÑANA:

Horario	Lunes 9 de marzo	Martes 10 de marzo	Miércoles 11 de marzo	Jueves 12 de marzo	Viernes 13 de marzo
09:00	<p>Todo el Staff de OPS Ecuador</p> <p><i>Lugar: Mezanine, Sala 3</i></p>	<p>Sistema Naciones Unidas.</p> <p>08h30: Reunión con Sra. Cristian Munduate, Representante de UNICEF.</p> <p><i>Lugar: Oficina Sra. Munduate</i></p>	<p>OPS-ECU: Coordinación interna con PWR y equipo de coordinadores</p> <p><i>Lugar: Sala Edmundo Granda</i></p>	<p>OPS-ECU: Coordinación interna con PWR y equipo de coordinadores</p> <p><i>Lugar: Sala Edmundo Granda</i></p>	<p>OPS: Balance final de la Misión.</p> <p><i>Lugar: Sala 6 piso 13</i></p>
	<p>10h30: Reunión Conjunta Ministra de Salud, Dra. Caroline Chang y Directora de la Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional (AGECI) acompañadas de otros funcionarios del Nivel central del Ministerio de Salud y AGECI.</p> <p>(http://www.msp.gov.ec/) (http://www.ageci.gov.ec/).</p> <p>Coordinador: Dr. Jorge Luis Prospero/Silvana Benitez.</p> <p><i>Lugar: Despacho de la Ministra de Salud.</i></p>	<p>10h00: Sr. José Manuel Hermida, Coordinador Residente del sistema de NN.UU.</p> <p>(http://www.un.org.ec/pages/index.php)</p> <p>Coordinador: Dra. Laura Ramirez/Silvana Benitez.</p> <p><i>Lugar: Oficina del Coordinador Residente de Naciones Unidas</i></p>	<p>10h30: Dr. Hugo Noboa, Director del CONASA, acompañado de los Presidentes de las Comisiones del CONASA (http://www.conasa.gov.ec/in dex.html)</p> <p>Coordinador: Dr. Jorge Luis Prospero/Silvana Benitez.</p> <p><i>Lugar: CONASA.</i></p>	<p>Preparar presentación para Ministra de Salud.</p> <p>Coordinador: Dr. Jorge Luis Prospero/Silvana Benitez.</p> <p><i>Lugar: Sala Edmundo Granda</i></p>	<p>Participan todos los coordinadores de proyectos de OPS-ECU</p> <p>Coordinador: Dr. Jorge Luis Prospero/Silvana Benitez.</p>
12:30	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo

TARDE:

14:00	<p>Dra. Carmen Laspina, Directora General de Salud, acompañada de otros funcionarios del Nivel central del Ministerio de Salud.</p> <p>Coordinador: Dr. Jorge Luis Prosperi/Silvana Benítez.</p> <p><i>Lugar: Despacho de la Directora General de Salud.</i></p> <p>Participan todos los coordinadores de proyectos de OPS-ECU OPS-Misión: Recapitulación del trabajo.</p> <p><i>Lugar: Sala Edmundo Granda</i></p>	<p>Representantes de instituciones académicas universitarias (pregrado y postgrado) que trabajan con OPS.</p> <p>Coordinador: Dra. Cristina Merino/Silvana Benítez.</p> <p><i>Lugar: Mezanine Sala 1</i></p> <p>Participan todos los coordinadores de proyectos de OPS-ECU 16h00: Presentación Dr. Benjamin Puertas</p> <p><i>Lugar: Sala Edmundo Granda</i></p>	<p>Representantes de organizaciones científicas de profesionales.</p> <p>Coordinador: Dra. Cristina Merino/Silvana Benítez.</p> <p><i>Lugar: Mezanine Sala 1</i></p> <p>Participan todos los coordinadores de proyectos de OPS-ECU OPS-Misión: Recapitulación del trabajo.</p> <p><i>Lugar: Sala Edmundo Granda</i></p>	<p>Dra. Caroline Chang, Ministra de Salud Pública.</p> <p>Resultados de la misión.</p> <p>Coordinador: Dr. Jorge Luis Prosperi/Silvana Benítez.</p> <p><i>Lugar: Despacho Ministra de Salud.</i></p>
17:00				

De la OPS participarán en todas las reuniones La Dra. Celia Riera, Dra. Laura Ramírez y Dr. Oscar Suriel.