

**MARCO GENERAL DE  
LA REFORMA ESTRUCTURAL DE  
LA SALUD EN EL ECUADOR**

**Marco general de la reforma estructural de la Salud en el Ecuador**

*Ministerio de Salud Pública  
Consejo Nacional de Salud*

Diagramación e impresión: JAMP PUBLICIDAD  
02 3464 127 - Quito  
2<sup>da</sup> edición

Revisión editorial: Leonela Cucurella

ISBN: 9978-44-390-8

Quito, noviembre del 2005.

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
**CONSEJO NACIONAL DE SALUD**

**MARCO GENERAL DE  
LA REFORMA ESTRUCTURAL DE  
LA SALUD EN EL ECUADOR**

Quito  
2005

## **DIRECTORIO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD**

Dr. Wellington Sandoval Córdova  
**Ministro de Salud Pública**  
**Presidente del Directorio del Consejo Nacional de Salud**

Dr. Alberto Rigail  
**Ministro de Bienestar Social**

Dr. Ramiro Echeverría  
**Director General de Salud**

Dr. Nicolás Vivar  
**Director General de IESS**

Dr. Hernán Hermida  
**Presidente AFEME**

Dr. Iván Tinillo  
**Representante Gremios de Profesionales**

Dr. Paolo Marangoni  
**Representante de la Honorable Junta de Beneficencia de Guayaquil**

Dr. Santiago Contreras  
**Representante SOLCA**

Crnl.. Máximo Carrión Paladines  
**Representante Fuerza Pública**

Eco. Ramiro González  
**Presidente CONCOPE**

Sr. Lorens Olsen  
**Presidente AME**

Dr. César del Pozo  
**Representante de entidades de salud Privadas con fines de lucro**

Dr. Nelson Oviedo  
**Representante de entidades de salud privada sin fines de lucro**

Ab. Marianela Rodríguez  
**Representante de los Trabajadores**

Dr. Asdrúbal De La Torre  
**Director Ejecutivo**

# ÍNDICE

Presentación.....	7
<b>1.SITUACIÓN Y REFORMA DEL SECTOR SALUD EN EL ECUADOR .....</b>	<b>11</b>
I. SITUACIÓN DE LA SALUD .....	11
1.1. Situación socioeconómica y política .....	11
1.1.1. Retos actuales: Urbanización, pobreza y desigualdades .....	11
1.1.2. Gobernabilidad democrática .....	11
1.1.3. Deuda pendiente, inversión en salud y sector social .....	12
1.2. Agenda inconclusa de salud .....	12
1.3. Protección de logros .....	14
1.4. Desafíos presentes y futuros .....	15
II. DESAFÍOS PARA LA REFORMA DEL SECTOR SALUD DEL ECUADOR .....	16
<b>2. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD DEL ECUADOR.....</b>	<b>21</b>
1.1. De los principios.....	21
1.2. De la finalidad .....	22
1.3. De los objetivos.....	22
1.4. De los lineamientos de la Política.....	22
1.4.1. De la construcción de ciudadanía en salud .....	22
1.4.2. De la protección integral de la Salud .....	23
1.4.2.1. De la promoción .....	23
1.4.2.2. De la vigilancia, predicción, prevención y control de enfermedades y riesgos.....	24
1.4.2.3. De la recuperación y rehabilitación .....	26
1.4.3. Del desarrollo sectorial.....	26
1.4.3.1. De las políticas para la organización del Sistema Nacional de Salud .....	26
1.4.3.2. Del desarrollo integral del talento humano .....	28
1.4.3.3. De los medicamentos e insumos .....	28
1.4.3.4. De la información en salud .....	29
1.4.3.5. De la ciencia y tecnología en salud .....	29
<b>3. DECLARACIONES DE LOS CONGRESOS NACIONALES POR LA SALUD Y LA VIDA ...</b>	<b>33</b>
DECLARACIÓN DE GUAYAQUIL (2004).....	33
DECLARACIÓN DE QUITO (2002).....	36
<b>4. LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU REGLAMENTO .....</b>	<b>39</b>
I. LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD .....	39
II. REGLAMENTO DE LA LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD .....	49

<b>5. AGENDA POLÍTICA EN SALUD 2004-2006</b> .....	75
I. RESUMEN EJECUTIVO .....	75
II. ENFOQUE DE SALUD Y DESARROLLO .....	83
III. TEMAS DE LA AGENDA PROPUESTA .....	86
Tema 1: Objetivos de desarrollo del milenio, equidad y derecho a la salud .....	86
1.1. Marco general .....	86
1.2. Objetivos del Milenio .....	87
1.3. Lineamientos de la Política a partir de los Objetivos del Milenio .....	89
1.4. Mecanismos de seguimiento .....	92
Tema 2: Política nacional de salud, derechos sexuales y derechos reproductivos .....	92
2.1. Marco general .....	92
2.2. Lineamientos de la Política .....	92
Tema 3: Modelos de atención y redes para la extensión de cobertura en salud .....	98
3.1. Marco general .....	98
3.2. Lineamientos de la Política .....	99
Tema 4: Acceso a los medicamentos esenciales .....	102
4.1. Marco general .....	102
4.2. Lineamientos de la Política .....	104
Tema 5: Rectoría y descentralización en el sistema nacional de salud .....	106
5.1. Marco general .....	106
5.2. Lineamientos de la Política .....	107
Tema 6: Financiamiento y acceso universal de salud .....	109
6.1. Marco general .....	109
6.2. Lineamientos de la Política .....	110
Tema 7: Plan de acción del CONASA .....	112

# PRESENTACIÓN

En el Ecuador, como en la mayoría de nuestros países latinoamericanos, el sector salud enfrenta singulares desafíos para lograr el establecimiento de políticas de estado conducentes al logro de objetivos de equidad, eficiencia, calidad y solidaridad en los servicios de salud. Con este propósito, se reunió, en mayo de 2002, el Primer Congreso Nacional por la Salud y la Vida en el que participaron 645 delegados de las instituciones del sector provenientes de todo el país el cual permitió impulsar en aquella ocasión la propuesta de Políticas Nacionales de Salud y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, hoy vigentes.

La *Declaración de Quito*, suscrita por los participantes en este Primer Congreso, insta al Consejo Nacional de Salud a “institucionalizar el Congreso Nacional por la Salud y la Vida, a realizarse cada dos años, como espacio democrático de veeduría y consulta nacional sobre temas de trascendencia para la salud de la población del país” (MSP, CONASA, 2002: 40). Acogiendo este mandato, las actuales autoridades del Ministerio de Salud pública y del Consejo Nacional de Salud organizaron el II Congreso por la Salud y la Vida con el objetivo de evaluar el cumplimiento de la política nacional de salud, validada en el Congreso anterior y de construir una nueva agenda política de salud para los próximos dos años.

Con ello se pretende que la movilización de los actores involucrados en el II Congreso por la Salud y la Vida avisoren desde el sector salud la necesidad de abogacía permanente a los niveles de decisión y opinión nacional sobre el valor de la salud para el bienestar y desarrollo humano personal y su impacto en el desarrollo económico del país como una inversión social prioritaria y la necesidad de constituir actores sociales informados y participantes en procesos de veeduría ciudadana y de vigilancia de sus derechos.

De este modo, el Ministerio de Salud Pública con el Consejo Nacional de Salud, contando con el apoyo del Proyecto MODERSA, OPS/OMS, UNFPA y UNICEF, organizaron este II Congreso realizado en la ciudad de Guayaquil del 15 al 17 de Septiembre de 2004 el cual se constituyó en un espacio de consulta nacional sobre los siguientes temas:

1. Objetivos de Desarrollo del Milenio, equidad y derecho a la salud
2. Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
3. Modelo de Atención y Redes para la Extensión de Cobertura
4. Acceso a los Medicamentos esenciales
5. Rectoría y Descentralización en el marco del Sistema Nacional de Salud
6. Financiamiento y Acceso Universal en Salud

Estos temas fueron previamente analizados en 11 talleres regionales que tuvieron lugar en Ambato, Riobamba, Cuenca, Loja, Manta, Guayaquil, Machala, Ibarra, Quito y Coca, en los que se consultó a más de 1.200 delegados de las instituciones del sector, cuyas propuestas y conclusiones fueron llevadas al seno del II Congreso por los delegados de las diversas entidades participantes, con el propósito de definir una agenda política de salud que refleje el consenso nacional en torno a estas políticas.

Los resultados generados en el II Congreso, (Agenda Política en Salud y Declaración de Guayaquil) representan en buena medida las demandas y expectativas que plantean los diferentes actores del sector. Por ello, tal como lo señaló el Ministro de Salud en el acto inaugural "...este gran esfuerzo organizativo y de movilización de voluntades de todos los participantes aquí presentes se justifica en la medida que los consensos a los que se arriben en las diferentes materias a discutirse, devengan en propuestas concretas, viables, que aporten las directrices para la acción pública pero también el compromiso de todos con los más caros intereses de la salud del pueblo ecuatoriano, los cuales deberán ser vigilados permanentemente".

Esperamos, en consecuencia, que este documento sea útil como guía para la acción de todos los sectores involucrados en el quehacer de la salud pública y se constituya en la base para la rendición de cuentas en el próximo encuentro a realizarse en Cuenca en el 2006.



1

## Situación y reforma del sector salud en el Ecuador



# 1 SITUACIÓN Y REFORMA DEL SECTOR SALUD EN EL ECUADOR

## I. SITUACIÓN DE LA SALUD

### 1.1. Situación socioeconómica y política

#### 1.1.1. Retos actuales: Urbanización, pobreza y desigualdades

La población del Ecuador, según los resultados del Censo Nacional de noviembre de 2001, alcanzó la cifra de 12.090.804 habitantes; el 49,6% corresponde a hombres y 50,4% a mujeres; el 61,0% de la población habita en zonas urbanas y 39,0% en las rurales. La población estimada para el año 2004 es de 13.026.890, manteniendo similares proporciones hombres y mujeres.

La urbanización es un cambio social importante, ya que en 1950 más del 70% de la población vivía en el campo; al finalizar el año 2001, esta proporción se redujo al 39%. El número de ciudades con más de 30.000 habitantes se quintuplicó desde 1960. Durante el decenio de 1990, la población urbana creció 3,1% por año y la rural, 0,8%.

La grave crisis económica de los últimos años aumentó la pobreza en el País; la última medición al respecto realizada en el año 2001 reveló que un 44% de la población no disponía de ingresos suficientes para satisfacer las necesidades básicas de alimentación, educación y salud. La medición anterior, correspondiente al año 1999, era de 46%.

Las desigualdades sociales entre grupos, regiones geográficas, áreas rural y urbana, y género, entre otras, indican problemas de equidad. Según la Encuesta de Condiciones de Vida de 1998, el 10% de la población más rica obtuvo el 42,5% del ingreso, mientras que el 10% más pobre sólo obtenía el 0,6%. El 87,9% de los hogares más ricos disponía de conexión intra-domiciliaria de agua, frente a 26,0% en los hogares más pobres. El alfabetismo es mayor en áreas urbanas (94,5%) que en las rurales (82,2%); la razón hombres/mujer en el nivel de educación superior es de 5,7 a 1.

#### 1.1.2. Gobernabilidad democrática

El sistema político, los gobiernos nacional y locales y la administración de justicia fortalecen las barreras culturales, sociales y económicas. El resultado es una sociedad segmentada, con una débil identidad nacional y dificultades para definir objetivos colectivos. Las condiciones de estabilidad, eficacia, oportunidad, transparencia y legitimidad que requieren las políticas públicas son difíciles de lograr en ese contex-

to, como lo son asimismo las oportunidades de participación ciudadana y los espacios de rendición de cuentas.

*Sistema político.* Durante la década de 1990, los actores políticos y sociales lograron acuerdos para estabilizar la economía y promover las reformas necesarias para un nuevo modelo de desarrollo que no se llegó a implementar. Varias características del sistema político explican este fracaso: Primero, la incapacidad del aparato público para procesar las demandas sociales; segundo, los partidos políticos como factores de intermediación entre la sociedad y el Estado; tercero, el particularismo ha dominado el proceso de toma de decisiones por sobre el interés común; cuarto, la ciudadanía ha perdido confianza en el Estado y éste consecuentemente ha debilitado su legitimidad.

Deben, sin embargo, observarse cambios positivos en los mecanismos de representación política como, por ejemplo, los movimientos de mujeres e indígenas lograron cambios jurídicos y mayor representación en el parlamento y gobiernos locales.

*Administración pública.* El sector público se ha debilitado durante las últimas décadas debido, sobre todo, a las restricciones fiscales. Las instituciones que conforman el frente social no comparten una visión de largo plazo ni un modelo para la entrega de servicios. La eficacia de estas instituciones se ve afectada por cambios frecuentes de funcionarios, duplicación de funciones, estructuras de tomas de decisión centralizadas, procedimientos laboriosos y baja de calidad técnica. Las instituciones de gobierno tienden a reflejar las prácticas de exclusión de la sociedad en general; son permeables a intereses externos y sus políticas no se guían por criterios generales.

*Gobiernos locales.* La capacidad técnica y de gestión, en muchos casos, es débil y reproducen los sesgos del sistema político. Su capacidad para generar recursos a nivel local es limitada y la estructura del gobierno central no ha contribuido a su desarrollo. Las competencias de los distintos niveles no están bien definidas y hay tendencia a reproducir la desarticulación que se observa entre las instituciones centrales.

Si bien el proceso de descentralización avanza lentamente, se observan experiencias exitosas de gestión local caracterizadas por altos niveles de participación y creación de capital social, espacios de gobernabilidad y capacidades institucionales. Son, empero, experiencias que no han logrado aun reproducirse de manera amplia y no todas alcanzaron continuidad.

La situación especial en la frontera norte (límitrofe con Colombia) ha afectado las condiciones de vida y desarrollo de esa zona y ha demandado mayor cooperación entre el gobierno y las agencias del sistema de Naciones Unidas y cooperantes multilaterales y bilaterales.

### *1.1.3. Deuda pendiente, inversión en salud y sector social*

En términos del Presupuesto General del Estado, el gasto en salud para 2003 representó el 5,57%; con respecto al desarrollo urbano y vivienda, el 0,91%; y en trabajo, 0,14 %.

La baja inversión en el sector tecnológico (3.3% del presupuesto 2003) limita la capacidad de respuesta de los sectores productivos ante las altas demandas de competitividad a nivel mundial.

## **1.2. Agenda inconclusa de salud**

La tasa de **mortalidad infantil** registrada ha descendido en el país de 30,3 por 1000 nacidos vivos en 1990 a 18,5 por 1000 en el 2002. Los valores estimados pro-

vinciales de Carchi y Cotopaxi duplican la tasa nacional, mientras que Guayas, Pichincha y Azuay tiene tasas 30% menores que la nacional.

En números absolutos, en el 2001, se registraron 4.800 muertes de menores de un año, frente a una cifra de alrededor de 6.000 a mediados de la década del 90. Los infantes de madres sin instrucción (población más pobre) tienen una tasa de mortalidad 4,6 veces más alta que los de madres que alcanzaron el nivel de educación superior. La neumonía es la principal causa de muerte infantil y ocasionó un 8.6% de las muertes en el año 2001.

La *tendencia decreciente* de la mortalidad infantil registrada en los últimos años se atribuye, en parte, a las acciones de la estrategia de Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI); con la cual se estimaba evitar alrededor de 3.000 muertes de menores de cinco años en el periodo 1999 a 2002.

La tasa de **mortalidad materna** registrada *descendió* de 117,2 por 100.000 niños que nacieron vivos en 1990 a 80 por 100.000 en el 2000, lo que revela una tendencia al descenso. Sin embargo, son marcadas las diferencias entre provincias. Así, por ejemplo, en Loja la cifra arroja 135,6 por 100.000 nacidos vivos, en tanto que en Los Ríos, la cifra de 39,3 por 100.000 nacidos vivos. En el año 2001 se registraron 187 muertes maternas mientras que esa cifra fue mayor a 300 en los cuatro primeros años de la década de 1990. Se admite que muchas muertes maternas no se llegan a conocer; una parte del subregistro se atribuye a la inadecuada certificación de las causas de muerte en mujeres que estuvieron embarazadas o que tuvieron su parto, lo que enmascara la magnitud real de estas defunciones.

Se calcula que el número real de muertes podría ser el doble de las registradas. El grupo edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio ocasionó el 40,1% de las muertes maternas registradas en el 2001. Estos problemas ocurren en un marco de pobreza que impide a la población satisfacer sus necesidades básicas y provoca, principalmente en niños y madres, mala nutrición y deficiencia de micronutrientes, lo que los vuelve vulnerables.

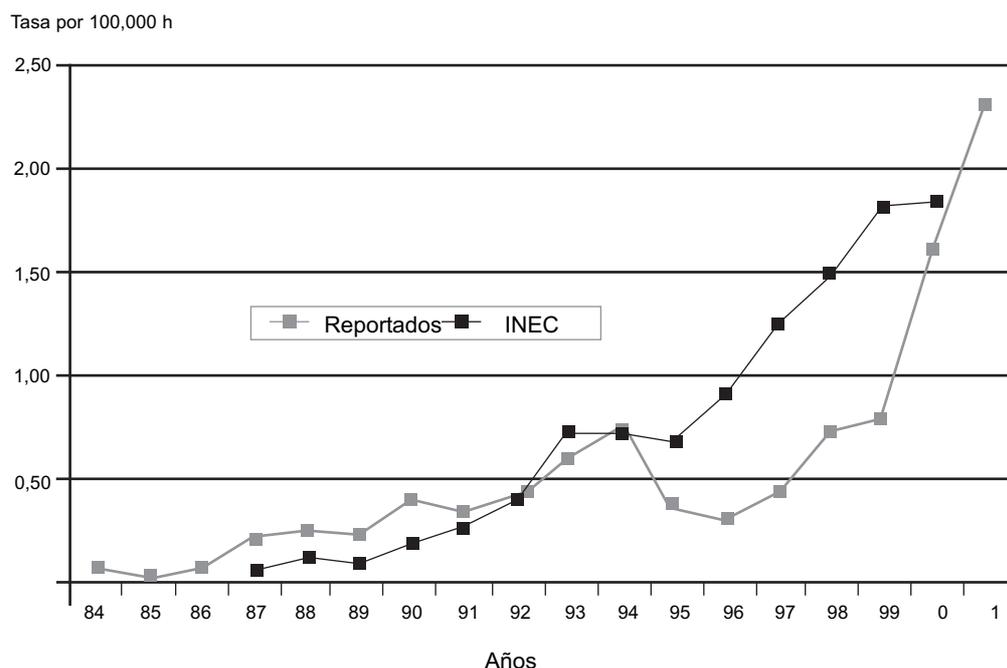
Los esfuerzos encaminados a revertir la situación través de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia han incrementado el número de prestaciones cada año.

Algunos problemas re-emergentes mantienen índices importantes; tal es el caso de la **malaria**, la cual en los últimos años tiene una tendencia al crecimiento. Desde 1996, año en el que se registraron 11.991 casos, hasta finales del año 2003, se registraron alrededor de 52.000 casos, con una incidencia parasitaria anual de 6.54 por mil, con focalización malarígena en poblaciones postergadas y deprimidas económicamente. Esta situación se complica por la emergencia de la resistencia a los medicamentos antimaláricos que, de acuerdo con resultados de últimas investigaciones *in vivo*, indican una resistencia del *Plasmodium falciparum* a la Cloroquina por encima del umbral permitido (25%).

Para el año 2002, se reportaron 5499 casos nuevos de **Tuberculosis** de las cuales, el 77% fueron de carácter pulmonar. Entre las Provincias más afectadas constan Napo, Pastaza, Orellana y Guayas. Los casos nuevos reportados para el año 2003 de todo el país son: todas las formas, 5.789 (tasa 44,95/100.000 hab.) TB Pulmonar BK +: 4488 (34,85/100.000 hab.).

La infección por **VIH/SIDA** se ha constituido en un inquietante problema de salud; entre 1990 y 2000 los casos nuevos por año en hombres aumentaron de 70 a 482, con lo que la tasa de infección anual pasó de 7,8 por millón a 39,8. En las mujeres aumentó de 14 a 181 casos y la tasa, de 1,6 a 9,5 por millón entre esos años. Para el

**Tasa de mortalidad por VIH/SIDA reportados al PNS y el INEC.  
Ecuador 1984-2001**



PNS-MPS. 2002

año 2002 se reportaron 764 nuevos casos de VIH positivos de los cuales 52.8% fueron catalogados como SIDA; la Costa acumuló el 75% de todos esos casos.

### 1.3. Protección de logros

En el periodo 1985 y 2003, destaca la reducción de la morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles por vacuna. El último caso de poliomielitis ocurrió en 1990; desde 1998 no se ha confirmado ningún brote de sarampión y desde el 2001 no hay casos de fiebre amarilla; los brotes de tos ferina han disminuido en frecuencia y magnitud.

El país ha eliminado el tétano neonatal como problema de salud pública en 19 (86%) provincias y 130 (78%) áreas de salud, calculándose que en los últimos 15 años se han evitado 4.800 casos y 3.300 muertes infantiles por esa enfermedad.

La incidencia de la rubeola descendió en todos los grupos de edad, excepto en los menores de un año, luego de la campaña con dupla viral (SR) en el 2002. La vigilancia de la parálisis flácida aguda, sarampión y rubeola mantiene indicadores acordes con los estándares.

Las coberturas nacionales de vacunación se incrementaron en el 2002 respecto al 2000 según los siguientes datos: BCG 100%, DPT 90%, VOP 92%, a excepción de SRP. Pero a través de la campaña con SR del 2002 se logró el 100% de los niños y niñas de un año, así como preescolares y escolares. Por primera vez, en el primer semestre del 2003, se logró homogeneidad en las coberturas con SRP cumpliendo con la equidad en las comunidades de frontera, de afroecuatorianos, nacionalidades y pueblos indígenas. El país amplió y modernizó la cadena de frío de los grandes bancos de vacuna y de las unidades operativas.

La situación epidemiológica de rabia ha mejorado durante el 2003; sin embargo, el mayor riesgo persiste en siete provincias: Cañar, Tungurahua, Guayas, Cotopaxi, Azuay, Pichincha y Manabí en las cuales se desarrollaron acciones intensivas

de control de focos. Luego de dos años, se realizó, con éxito, la campaña antirrábica canina en octubre del 2003.

Preocupa, sin embargo, la dificultad para sostener de manera permanente algunas medidas de salud pública, especialmente las de control y vigilancia de riesgos colectivos y del medio ambiente. El no poder mantener medidas eficaces de control de vectores, saneamiento básico y control de alimentos, ocasiona que el país registre índices elevados de malaria, dengue, enfermedades diarreicas, e incluso muertes que hubieran podido evitarse.

Estos problemas, que afectan a la población general, son más frecuentes y de consecuencias más graves entre los grupos marginados, especialmente los indígenas y los negros, los pobres de las extensas zonas periféricas urbanas y la población rural dispersa.

#### 1.4. Desafíos presentes y futuros

El consumo de tabaco constituye uno de los principales problemas sanitarios de la sociedad actual; al igual que el alcohol, es una de las sustancias psicoactivas más usadas en el ámbito mundial.

En el Ecuador, la prevalencia de vida (fumaron alguna vez) del consumo de tabaco afecta al 51.60% de la población comprendida entre los 12 y 49 años; y al 28,30% en prevalencia mensual<sup>1</sup>. Entre las personas que alguna vez en su vida fumaron tabaco, el 44.60% no ha fumado durante el último mes; el 33.80% fumó algunos tabacos; el 17% fumó entre 1 a 5 tabacos al día; el 2.50% fumó entre 6 y 10; el 1.50% fumó entre 11 y 20 y el 0.50% fumó entre 20 y más tabacos por día.

La prevalencia de vida<sup>2</sup> fue de 44.30%; el 5.50% preferían fumar regularmente. Una reciente encuesta de prevalencia en escolares (CONSEP-OPS/OMS-CDC 2001), revela el crecimiento del inicio temprano de tabaquismo.

Para el año 2000, la población con conexión al servicio de agua se calculó en 63,9% del total del país (76,9% en el área urbana y 42,0% en la rural); el agua suministrada no necesariamente es potable, por lo que requiere cloración. Para el mismo año, la población con servicio de alcantarillado era el 42,4% del total del país (61,4% en el área urbana y 10,4% en la rural). Las aguas servidas, en su mayoría, no reciben tratamiento. La población con servicio de letrinas fue 15,7% del total del país (9,1% en el área urbana y 26,3% en la rural).

Las intoxicaciones por plaguicidas, que en la década pasada mostraron cifras de notificación parecidas (1.374 casos en 1996; 1.445 en 1999; 1.376 en el 2000), registran un incremento importante para el 2001 llegando a 2.163 casos reportados por las unidades del MSP. Esto refleja el incremento de la actividad florícola y la necesidad de incrementar acciones de prevención y control.

En el 2002, las inundaciones durante la temporada invernal en la región Costa, la erupción del Volcán reventador y la explosión de armamento en Riobamba, movilizaron los recursos nacionales e internacionales en el área de desastres.

Las diversas amenazas naturales y antrópicas y la alta vulnerabilidad del país mantienen en alerta permanente a las autoridades y gobiernos locales y seccionales sobre los riesgos en salud, motivándolos a la planificación, gestión de riesgo y coordinación interinstitucional e intersectorial.

---

1 Segunda Encuesta Nacional a Hogares sobre Consumo de Drogas realizada por el CONSEP en 1995.  
2 Primera Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas a Escolares realizada por el SEVIP-CONSEP en 1998.

En los servicios de salud, se observa insuficiencia de recursos financieros y uso ineficiente de los mismos, deficiente formación y motivación del personal, ineficacia administrativo - gerencial, enfoque predominantemente asistencialista y hospitalario, desigual distribución de los servicios y recursos entre regiones y grupos sociales, así como un gasto en salud no solidario, principalmente privado (63% del total) y autoconsumo excesivo de medicamentos en determinados grupos de población.

El ejercicio nacional de medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública, desarrollado a finales de 2001, indicó que debe fortalecerse la Autoridad Sanitaria Nacional para el ejercicio de funciones técnicas como el monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud y la vigilancia de salud pública y control de riesgos, así como otras de importancia crítica para la rectoría, como el desarrollo de políticas, planificación y gestión, y la capacidad de regulación y fiscalización sectorial.

Persiste atraso tecnológico en la captación y diseminación de información estadística y científico - técnica en salud, por escasa infraestructura de cómputo y de líneas telefónicas digitales en todo el país.

## II. DESAFÍOS PARA LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN EL ECUADOR

La reforma del sector salud en el Ecuador ha pasado por una etapa de antecedentes inmediatos en la década de 1990, y de desafíos a partir de la promulgación de la Política y la Ley del Sistema Nacional de Salud que caracteriza el periodo actual.

Las exigencias de la globalización promovieron en los Estados la necesidad de impulsar procesos de modernización que fluctúan entre dos extremos: la libertad absoluta del mercado propugnada por las corrientes neoliberales, hasta las defensas a ultranza de las estructuras burocráticas centralistas del Estado. La llamada modernización, que la primera corriente propiciaba, a favor del mercado, fue negada por un referéndum nacional a mediados de la década; sin embargo, la Ley de descentralización de 1997 volvió a proponer, por ejemplo, para el caso de salud, la transferencia de bienes y recursos a los municipios, para intentar disminuir drásticamente el tamaño de la institucionalidad central del ejecutivo.

La reforma del sector salud se movió en la década pasada entre las tendencias señaladas del mercado, y aquellas otras de defensa de lo público y de la equidad, ya no centradas en el centralismo burocrático sino en la exigencia de que el estado vele por lo social y el desarrollo humano. Esta última corriente logra introducir en la nueva Constitución una serie de artículos sobre la salud que incluye la construcción del Sistema Nacional de Salud.

A partir de 1998 se inicia una nueva etapa que enfatiza las responsabilidades del Estado y defiende la institucionalidad pública, una de cuyas expresiones es la Ley de la Maternidad Gratuita. Esta corriente logra, además, poner en el debate público la Política Nacional de Salud la cual, finalmente, es aprobada por la Sociedad Civil en el I Congreso por la Salud y la Vida realizado en Quito en 2002. Además, la misma instancia aboga para que el Congreso sancione la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud que es aprobada en septiembre del mismo año.

El II Congreso por la Salud y la Vida, realizado en Guayaquil, en septiembre del 2004, es una expresión social que ratifica la Política de Salud y la Ley del Sistema Nacional de Salud. Además, ratifica el compromiso colectivo para la construcción del Sistema. Se trata de construir un modelo interinstitucional con características genuinamente ecuatorianas. Al mismo tiempo, intenta fortalecer varias institucionalidades: Seguro Social, Seguro Social Campesino, Ministerio de Salud, experiencias diversas

en prestación de servicios de salud como las de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, de las instituciones autónomas, como la Junta de Beneficencia y SOLCA, los Gobiernos Municipales, y las privadas con y sin fines de lucro.

Se trata de construir el Sistema Nacional de Salud que propone un modelo de gestión desconcentrado; descentralizado (en sus componentes político y técnico); y participativo, organizado según niveles (central: CONASA; provincial: Consejo Provincial de Salud; y cantonal: Consejo Cantonal de Salud). Asimismo, se fundamenta en un modelo de prestaciones con servicios y atenciones a ser provistos mediante redes plurales de acuerdo a los diversos niveles (Centros de Salud y Hospitales Cantonales, Provinciales y de Referencia Nacional).

Estos son los desafíos para la reforma del sector salud en el Ecuador: la construcción colectiva del Sistema Nacional de Salud, interinstitucional, descentralizado, participativo, con redes plurales de servicios, que parten de un plan integral local.

Estos aspectos constituyen el objeto sobre el cual los participantes se han pronunciado en los talleres pre-Congreso y en el II Congreso por la Salud y la Vida. Estos puntos de vista y los pronunciamientos expresados han sido la base para la formulación de la agenda política que contempla lineamientos y estrategias de acción, así como mecanismos operativos de seguimiento y participación a fin de que el sector cobre la fuerza política requerida.





# 2

## Política nacional de Salud del Ecuador

## **2. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD DEL ECUADOR**

### **1.1. De los principios**

### **1.2. De la finalidad**

### **1.3. De los objetivos**

### **1.4. De los lineamientos de la Política**

#### *1.4.1. De la construcción de ciudadanía en salud*

#### *1.4.2. De la protección integral de la Salud*

##### 1.4.2.1. De la promoción

##### 1.4.2.2. De la vigilancia, predicción, prevención y control de enfermedades y riesgos

##### 1.4.2.3. De la recuperación y rehabilitación

#### *1.4.3. Del desarrollo sectorial*

##### 1.4.3.1. De las políticas para la organización del Sistema Nacional de Salud

##### 1.4.3.2. Del desarrollo integral del talento humano

##### 1.4.3.3. De los medicamentos e insumos

##### 1.4.3.4. De la información en salud

##### 1.4.3.5. De la ciencia y tecnología en salud

# 2

## POLÍTICA NACIONAL DE SALUD DEL ECUADOR

### 1.1. De los principios

#### *Hacia la equidad en salud*

La salud de los habitantes de una nación constituye el factor sustantivo en la culminación de su desarrollo armónico y permanente. Los pueblos sanos son pueblos libres y productivos. Los recursos destinados a salud no constituyen gasto, sino inversión social de alta rentabilidad económica.

La Política Nacional de Salud del Ecuador se fundamenta en los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad, pluralidad, eficiencia, ética e integridad.

La equidad es el principio rector y la prioridad fundamental de la política nacional de desarrollo y por lo tanto, de la política de salud. Con equidad será posible lograr el desarrollo y la “salud para todos”.

La equidad no es alcanzable solo desde el sector salud, por lo cual, es imperativo establecer un **Acuerdo nacional por la salud y la vida** en el marco de un acuerdo nacional por el desarrollo humano sustentable.

La tarea de conseguir equidad en salud es un esfuerzo intersectorial que demanda una acción coordinada y que debe concretarse en la organización del Sistema Nacional de Salud.

Requiere de la construcción de una nueva ciudadanía en salud, que en pleno conocimiento de los derechos y también de los deberes, consagrados en la Constitución Política de la República y en los Acuerdos Internacionales sobre la materia suscritos por el Ecuador, trascienden su calidad de textos y se transformen en guías para la acción.

La descentralización efectiva, si se entiende como la dinámica incorporación de las iniciativas y los intereses locales y regionales a los propósitos comunes de toda la Nación, no constituirá un riesgo de fragmentar y desarticular, sino por el contrario, significa certeza de complementariedad, unidad y sinergia.

El cumplimiento del mandato constitucional de proporcionar a la ciudadanía por vía de la promoción de la salud, las oportunidades de construir, sistemas y políticas que sean favorables a su salud y bienestar y el estímulo de sus derechos y la

construcción de una auténtica vida democrática con una sólida cultura en salud y vida que supere la demagogia, el paternalismo, la corrupción y la vigente cultura de enfermedad y muerte.

La vigencia y practica de las consideraciones de genero y generacionales y las exigencias de un rico patrimonio cultural, serán el reconocimiento a un mandato de la vida, superando prejuicios e incorporando modelos que expresen complementariedad, reciprocidad y diversidad de las culturas en salud.

La transformación en la manera de hacer salud en el Ecuador no puede realizarse al margen de la participación que deben ejercitar los talentos humanos, por lo cual la política debe considerar su desarrollo integral.

Con conocimientos de la magnitud esplendorosa de la bio-diversidad y las obligaciones con el medio ambiente se respeta la vida, en todas sus manifestaciones, fomentando una natural vocación por la paz, una humana predisposición por la no violencia y el respeto a principios fundamentales de bioética. Hacerlo constituirá la mejor manera de ser leales a la memoria y genio del gran Eugenio Espejo.

La política Nacional de Salud del Ecuador se inscribe en la necesidad de contar con una política de Estado, que siendo fruto de un consenso nacional, en concordancia a las reales necesidades de la población permitiendo sostener los cambios a lo largo del tiempo.

## **1.2. De la finalidad**

La política tiene por finalidad impulsar las capacidades y potencialidades individuales y colectivas que propicien el mejoramiento de la calidad de vida y salud y la superación de las inequidades, en armonía con el entorno natural, social, y cultural.

## **1.3. De los objetivos**

- ▶ Promover la ciudadanía en salud, la garantía, el respeto, la promoción, la protección y la exigibilidad de los derechos humanos para el ejercicio de una vida digna y saludable.
- ▶ Garantizar la protección Integral de la Salud, de la población ecuatoriana facilitando los medios para promover la salud, tanto física como mental, prevenir y enfrentar las enfermedades y sus causas, mitigando sus efectos biológicos, económicos y sociales.
- ▶ Desarrollar las capacidades del sector salud mediante:
  - ⇒ Procesos organizativos y participativos que conduzcan al establecimiento y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud
  - ⇒ El desarrollo integral del talento humano
  - ⇒ El desarrollo científico y tecnológico y el impulso a los sistemas de información
  - ⇒ La dotación de los recursos materiales, tecnológicos y financieros.

## **1.4. De los lineamientos de la Política**

### *1.4.1. De la construcción de ciudadanía en salud*

El Ecuador como Estado Social de Derecho tiene la responsabilidad de cumplir con las obligaciones sociales que garanticen la vida de sus habitantes.

En concordancia, la Constitución Política de la República expresa la decisión del Estado de reconocer a la salud como un derecho que debe ser garantizado, promovi-

do y protegido. Así como también el acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud a las personas que los necesiten. La garantía del cumplimiento de los derechos humanos universales y los específicamente atinentes a los diversos actores de la sociedad, sin distintivo de edad, sexo, género, pueblo, nacionalidad, situación de discapacidad, etc., serán ejercidos mediante la creación de mecanismos que involucren a los sectores interesados y que posibiliten la exigibilidad, sanción y veeduría ciudadana y medidas concretas para la rendición de cuentas.

Se facilitará la democratización del quehacer en salud en un proceso de construcción de valores y prácticas que posibiliten el respeto entre personas e impulsará el pleno conocimiento de la sociedad de sus derechos, los marcos jurídicos que los regulan, promoviendo su cumplimiento efectivo y la corresponsabilidad social en salud.

Se promoverá la participación social organizada, informada, libre y responsable en la salud y en los servicios de salud.

La participación ciudadana en los procesos de descentralización permitirá que las decisiones ciudadanas alimenten políticas de desarrollo integral que consideren la gestión participativa de los planes y programas de salud desde las necesidades reales de la población. Se implementarán mecanismos de exigibilidad y sanción que promuevan el pleno ejercicio de los derechos ciudadanos y la coherencia entre las respuestas institucionales con las necesidades, soluciones y oportunidades de los diversos actores, según sus especificidades.

#### 1.4.2. De la protección integral de la salud

Es responsabilidad del Estado garantizar la Protección Integral de la Salud de toda la población que comprende:

- ▶ acciones de promoción de la salud
- ▶ la vigilancia, prevención y control de enfermedades
- ▶ las acciones de recuperación y rehabilitación de la salud

La protección Integral contempla, también, la Protección Especial a grupos vulnerables, según políticas nacionales e internacionales con sentido de equidad y dotación de recursos económicos suficientes.

Las Estrategias de Promoción de la Salud y Atención Primaria de Salud constituyen el eje conceptual y metodológico de referencia principal para hacer más efectiva la Protección Integral de Salud.

##### 1.4.2.1. Promoción

- a) Reconocer a la Promoción como una expresión fundamental de la condición de ciudadanía y como una estrategia prioritaria para alcanzar un mejor nivel de salud y vida de la población mediante la participación interinstitucional, intersectorial y de la sociedad civil organizada.
- b) Desarrollar políticas públicas a favor de la salud en todos los niveles del Estado, fomentar la creación de ambientes y entornos saludables, fortalece la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes y actitudes personales y la reorientación de los servicios de salud.
- c) Incorporar en los planes de desarrollo social y económico en el ámbito nacional, provincial y cantonal el respeto a los derechos humanos y el reconocimiento de la diversidad étnica, cultural, generacional y de género.

- d) Fomentar las acciones de promoción de la salud con la participación y compromiso de los gobiernos seccionales en el marco de los planes de desarrollo local. Para el efecto, se elevara la capacidad de los gobiernos locales para el análisis y la adopción de políticas públicas que generen condiciones para la convivencia solidaria en espacios saludables y seguros, y se apoyara la acción de los Consejos Cantonales y Provinciales de Salud y Desarrollo.
- e) Propiciar el desarrollo integral del ambiente en sus dimensiones física y social a fin de garantizar condiciones favorables de vida en todos los espacios de actuación humana (vivienda, escuelas, trabajo y recreación), propiciando el saneamiento básico, la seguridad ciudadana, la prevención y atención a la violencia intrafamiliar y social, la vigilancia y eliminación de factores de riesgo físico, laboral y social, ampliando la visión tradicional de salud ambiente y propiciando la más amplia participación de la sociedad civil en la toma de decisiones en torno a la salud.
- f) Privilegiar la información, educación, comunicación, difusión de derechos en salud, del conocimiento técnico, científico y de saberes culturales de la manera más amplia, democrática y ética, a fin de promover el empoderamiento y la participación de la sociedad civil, la coordinación intersectorial, y la adopción de aptitudes y actitudes personales favorables a la salud.
- g) Impulsar la construcción de la ciudadanía y cultura en salud, priorizando su desarrollo en los espacios educativos de niños y jóvenes.
- h) Promover y facilitar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, continua hasta los 2 años de edad, y una alimentación complementaria adecuada a la madre y el niño, para asegurar su salud y nutrición.
- i) Aplicar la estrategia de seguridad alimentaria con alimentos seguros e ino cuos, proyectos productivos que incrementen la disponibilidad y acceso de alimentos nutricionalmente adecuados, programas de información y educación para una alimentación sana y acciones que aseguren el control de calidad de los alimentos.
- j) Asegurar un estado óptimo de micronutrientes a los grupos poblaciones vulnerables, adoptando estrategias de suplementación fortificación de alimentos y diversificación de la dieta.
- k) Reorientar los servicios de salud para que incorporen los conceptos y prácticas de promoción de la salud en el marco de los procesos de extensión de cobertura y calidad de atención. Los servicios de salud estarán en capacidad de propiciar y asesorar para la adopción de prácticas personales saludables en todo el ciclo de vida, priorizando el desarrollo de la niñez, adolescencia, maternidad con dignidad, alimentación sana, vida activa y salud mental.
- l) Promocionar la actividad física, recreacional y el deporte.

#### 1.4.2.2. De la vigilancia, predicción, prevención y control de enfermedades y riesgos

- a) Fortalecer la capacidad de respuesta de las instituciones públicas y privadas que interactúan en el sector salud y especialmente el Ministerio de Salud Pública, frente a los requerimientos de los cambios demográficos y epidemiológicos y a las inequidades y sus consecuencias en salud, definiendo y operacionalizando intervenciones basadas en la evidencia, de amplia cobertura, intersectoriales y participativas.

- b) Analizar la situación de salud, incorporando categorías de análisis como género, etnia, edad, para la orientación técnico-política de las intervenciones. Para ello, coordinará y fortalecerá los sistemas de información, de vigilancia epidemiológica y vigilancia de la salud, fortaleciendo la cobertura y calidad del diagnóstico a través de la red nacional de laboratorios de salud pública, y optimizando los procesos de notificación, procesamiento y análisis de información, en un marco de descentralización e intersectorialidad.
- c) Garantizar la prevención y el control de las enfermedades y problemas de mayor frecuencia e impacto, asignando recursos suficientes al presupuesto del Ministerio de Salud para las actividades y problemas de mayor frecuencia e impacto, asignando recursos suficientes al presupuesto del Ministerio de Salud para las actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento, de acuerdo al perfil epidemiológico y las necesidades y perfil locales y nacionales, priorizando: enfermedades transmitidas por vectores (en especial malaria y dengue), infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, tuberculosis pulmonar, VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual, diabetes, hipertensión arterial, cáncer de cuello uterino, de mama, de estómago y de próstata; riesgos psicológicos y mentales, tabaquismo, alcoholismo, enfermedades cardio y cerebro vasculares, accidentes, violencias y emergencias.
- d) Priorizar el control de embarazos y la atención del parto seguro, el control posparto para evitar las enfermedades y problemas que son causa frecuente de morbi-mortalidad materna e infantil.
- e) Garantizar la inocuidad de alimentos, su control microbiológico, físico, químico, vigilar y normatizar la utilización de aditivos industriales o plaguicidas y la manipulación genética así como la regulación de la distribución y consumo de alimentos transgénicos.
- f) Asegurar la cobertura útil de toda la población ecuatoriana con las vacunas existentes y ampliar con otras desarrolladas de probada eficacia de acuerdo al perfil epidemiológico nacional y local. En este sentido, se fortalecerá la aplicación de la Ley de Vacunas y se protegerá el desempeño del Programa Nacional de Vacunación y la equidad al implementar las políticas de descentralización y reforma del sector.
- g) Establecer criterios para la adquisición, almacenamiento y distribución de insumos críticos para la prevención y control de enfermedades garantizando la calidad, oportunidad en su uso y costo aceptable para el país.
- h) Impulsar programas y acciones de bioseguridad para la prevención y control de riesgos y efectos nocivos o peligrosos para la salud humana o que deterioren el ambiente y los recursos naturales.
- i) Desarrollar la medicina genómica que permita el diagnóstico preconcepcional, prenatal, perinatal y posnatal de trastornos comunes y genéticos propiamente dichos y la protección del patrimonio genético ecuatoriano.
- j) Proveer los recursos y la capacitación necesarios para el desarrollo del Programa Nacional de Gestión de Riesgos y Atención de Desastres en el Ministerio de Salud que incluya la prevención y mitigación de desastres en infraestructuras de salud, garantice la atención de la población a través de la red de servicios, promoción de la salud para reducción de riesgo, así como la preparación, respuesta y rehabilitación temprana con la participación de todas las instancias del sector salud y la sociedad, la más amplia colaboración intersectorial, interinstitucional y de la cooperación internacional conforme a la ley.

#### 1.4.2.3. De la recuperación y rehabilitación

- a) Desarrollar modelos de aseguramiento universal para cubrir los riesgos de salud de la población con énfasis en los grupos más vulnerables, mitigando el impacto bio-sico-social y económico.
- b) Organizar los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios para atender de manera integral, integrada y progresiva a toda la población, mediante redes de servicios públicos y privados conectados a través de sistemas de referencias y contrareferencias.
- c) Aplicar medidas para el mejoramiento de la atención de salud y de las relaciones del personal de salud con el usuario respetando los principios fundamentales de bioética, incluyendo relaciones respetuosas, ambientes agradables e información clara, oportuna y pertinente, y la plena vigencia de la Ley de Derechos y Amparo del Paciente.
- d) Incluir en todas las prestaciones de salud la estrategia de promoción y atención primaria de salud, definiendo conjuntos de prestaciones de acuerdo a las necesidades y a la realidad epidemiológica local y nacional, considerando las especificidades de género y ciclo vital y atendiendo preferencialmente a los grupos vulnerables de niños y niñas mujeres, ancianos, comunidades indígenas, personas con discapacidad y en situación de pobreza. Estas prestaciones se realizarán a través de un modelo de salud familiar en los servicios formales y en los de medicina tradicional alternativa.
- e) Priorizar la atención universal y gratuita de intervenciones clínicas y quirúrgicas a embarazadas, madres niños y niñas, mediante la aplicación obligatoria de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia vigente. De igual modo, la protección del adulto/a mayor regulada por la Ley correspondiente.
- f) Establecer mecanismos para garantizar el acceso universal a medios diagnósticos y medicamentos esenciales y genéricos de acuerdo con la Ley de sangre y hemoderivados, transplantes de órganos y tejidos a la par que regular su uso innecesario.
- g) Desarrollar programas de investigación, prevención y control de enfermedades.
- h) Ejecutar programas de atención de las discapacidades y minusvalías con estrategias de participación de la familia y comunidad.

#### 1.4.3. *Del desarrollo sectorial*

El Estado promoverá el desarrollo sectorial mediante la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, el desarrollo integral del talento humano y la provisión adecuada de recursos materiales, tecnológicos y financieros para la Protección Integral de la Salud de toda la población.

##### 1.4.3.1. De las Políticas para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud

- a) Impulsar la organización del Sistema Nacional de Salud mediante la articulación funcional de las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, sobre la base de las políticas, principios, metas y normas comunes, respetando su autonomía y recursos, para garantizar el ejercicio del derecho a la salud y el acceso universal, equitativo y solidario a los servicios comprendidos en la Protección Integral de la Salud.

- b) Considerar en la estructuración del Sistema Nacional de Salud, las instancias que permitan su funcionamiento desconcertado, descentralizado y participativo, según los niveles territoriales de gobierno y con la más amplia representación democrática de la sociedad y respetando las leyes vigentes en la materia.
- c) Establecer como ejes comunes para la articulación funcional de las entidades que conforman el Sistema Nacional de Salud a las funciones de Rectoría, Provisión, Aseguramiento y Financiamiento.
- d) Fortalecer la capacidad institucional del Ministerio de Salud Pública, como autoridad sanitaria nacional para el ejercicio de rectoría del Sistema, que comprende la conducción, la regulación sectorial, la garantía del acceso equitativo a las atenciones y servicios, la normatización técnica, la orientación y control de los recursos, la armonización de la provisión de servicios, la vigilancia en salud, defensa y protección de los derechos de los usuarios y usuarias.
- e) Institucionalizar el funcionamiento de los Consejos Nacional, Provinciales y Cantonales de Salud como espacios de concertación y planificación sectorial y de apoyo al desarrollo de la función de rectoría del Ministerio de Salud Pública.
- f) Establecer que la provisión de servicios en el Sistema se realizará a través de redes de atención que aseguren calidad, continuidad y complementariedad con la participación de proveedores públicos y privados cuyo licenciamiento y acreditación estarán a cargo del Ministerio de Salud. Dichos servicios garantizarán las características necesarias de accesibilidad física para personas con discapacidad y de acuerdo a los grupos etáreos.
- g) Coordinar y completar la prestación de servicios de salud entre las diferentes entidades del sector, mediante la definición concertada de un Plan Integral de Salud, normas y procedimientos comunes para la atención, sistemas de información, referencias y contrareferencia, guías de práctica clínica, protocolos y tarifarios, optimización de recursos tecnológicos, abastecimiento de insumos, entre otros.
- h) Instituir en el marco del Sistema de Salud, mecanismos que aseguren la protección social y económica de la población, especialmente de la más vulnerable, para el acceso equitativo a los servicios de salud y la extensión progresiva de cobertura de atención con la participación de todas las entidades del sector salud.
- i) Aumentar la disponibilidad y la sustentación de los recursos económicos necesarios para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y la cobertura universal y equitativa de las atenciones y servicios de salud, demandando que la asignación presupuestaria del MSP no sea inferior a lo solicitado por esta cartera de Estado, ni a lo establecido por la Constitución. El presupuesto estará orientado sobre la base de tres ejes: equidad, que garantice la priorización de las poblaciones más pobres y vulnerables; integralidad, al asignar de manera equilibrada para las acciones de promoción, prevención de daños y riesgos y atención a la enfermedad; eficiencia, con acciones efectivas y de menor costo.
- j) Garantizar con fondos específicos, la protección de los daños causados por enfermedades catastróficas, a la población de menores recursos, fondos específicos para la vigilancia, prevención y control de los problemas prioritarios de salud y para el desarrollo integral de los talentos humanos, para el desarrollo científico y tecnológico en salud y para la compensación de inequidades territoriales y poblacionales.

#### 1.4.3.2. Del desarrollo integral del talento humano

- a) Establecer estrategias y normativas para el desarrollo integral del personal de salud que impulse los valores éticos y mejore las capacidades del sector salud.
- b) Definir el perfil y formación planificada del talento humano a través de un proceso participativo, en función de información válida de las necesidades nacionales en salud, del modelo de atención y el desarrollo científico y tecnológico, en calidad y cantidad necesarias y suficientes para el adecuado funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.
- c) Promover la acreditación de las instituciones y programas de formación de personal de salud de conformidad con la Ley de Educación Superior.
- d) Garantizar la calidad de atención a través de un proceso continuo de perfeccionamiento del talento humano. Este proceso será verificado mediante mecanismos de licenciamiento, certificación y recertificación periódica.
- e) Distribuir equitativamente el personal de salud en todo el país buscando la adecuación entre la oferta y la demanda, en los espacios local, provincial, regional, y nacional, entre lo urbano, urbano marginal y lo rural; la atención ambulatoria y hospitalaria; la promoción de la salud y la atención a la enfermedad; las distintas profesiones y entre las diferentes prácticas y saberes de la salud reconociendo y respetando la diversidad cultural de la población.
- f) Formar multidisciplinariamente el talento humano para el desarrollo de la salud con carácter intercultural que articule la medicina tradicional y otras medicinas alternativas y complementarias a la práctica de los servicios de salud.
- g) El Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección Nacional de Salud Indígena, establecerá la regulación para el licenciamiento y acreditación de los servicios de salud tradicional y para la certificación y recertificación de los actores de las prácticas tradicionales, basados en procesos de consulta que garanticen el respeto al legado cultural.
- h) Crear un sistema de gestión integral del personal de salud de carácter moderno, descentralizado, desconcentrado, que estimule la creatividad, productividad, calidad y el compromiso social y que refuerce la defensa de los derechos ciudadanos y de los trabajadores.
- i) Establecer la asignación de incentivos como un factor de mejoramiento del desempeño del recurso humano para conseguir la elevación permanente de su competencia técnica y profesional y retribuir el trabajo según la formación, capacitación, ubicación geográfica y evaluación de desempeño.
- j) Establecer mecanismos orientados a lograr la satisfacción, motivación y compromiso del personal de salud y que favorezcan su participación en las decisiones, velando por las condiciones de bio-seguridad del trabajo, y garanticen condiciones adecuadas de retiro.

#### 1.4.3.3. De los medicamentos e insumos

- a) Garantizar disponibilidad suficiente y oportuna y la accesibilidad a medicamentos, biomateriales, sangre, componentes y hemoderivados e insumos médicos según normas vigentes para su comercialización y consumo con resguardo de su calidad, seguridad y eficacia.

- b) Aplicar las disposiciones legales pertinentes para el desarrollo de un mercado nacional de medicamentos genéricos, impulsar su producción nacional y promover su utilización obligatoria por las instituciones del sector público, conforme al Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos y la Ley de producción, Importación, Comercialización y expendio de Medicamentos Genéricos de uso humano.
- c) Regular según evidencias científicas y principios bióticos la información y promoción de los medicamentos a través de cualquier medio de difusión.
- d) Crear en las unidades dependientes del Ministerio de Salud Pública mecanismos para asegurar la accesibilidad de la población usuaria a los medicamentos esenciales, la sangre, sus componentes y hemoderivados, conforme a sus condiciones socio-económicas.
- e) Establecer programas de control de calidad pre y post-registro de medicamentos, biomateriales, sangre, componentes y hemoderivados bajo conducción del Ministerio de Salud Pública.
- f) Promover y vigilar el uso racional de los medicamentos en toda la cadena de su proceso y desarrollar sistemas descentralizados de fármaco-epidemiología y fármaco-vigilancia.
- g) Regular el precio de los medicamentos que se comercializan en el país de acuerdo con indicadores del mercado nacional e internacional, las condiciones económicas del país y la capacidad adquisitiva de los usuarios.

#### 1.4.3.4. De la información en salud

- a) Implantar y mantener un sistema común de información sectorial en el Consejo Nacional de Salud que permita conocer la estructura y funcionamiento del sector, dimensionar sus recursos disponibles y la producción de los servicios para orientar la formulación, aplicación y evaluación de políticas nacionales de salud.
- b) Conformar un centro de inteligencia sanitaria georeferencial que monitoree la evolución de la situación de las inequidades y los avances para superarlas, la vigilancia de los problemas de salud de la población, la respuesta de los servicios de salud y la transferencia de recursos financieros y estimación del gasto.
- c) Propender a la utilización de la historia y registro clínico común con datos e información básicos obligatorios y desagregados por sexos en las entidades públicas y privadas del sector salud.

#### 1.4.3.5. De la ciencia y tecnología en salud

- a) Definir las prioridades nacionales para la investigación y financiar programas de investigación en salud conforme a necesidades del país y la transferencia de tecnologías adaptadas a la realidad local, en coordinación con instituciones nacionales e internacionales de ciencia y tecnología.
- b) Regular la investigación clínica y epidemiológica con seres humanos observando principios de bioética con aplicación estricta de la Declaración de Helsinki.

- c) Difundir y democratizar el conocimiento relevante basado en la evidencia mediante la educación continua en Ciencias de la Salud, velando por la responsabilidad ética cuando se trata de divulgar conocimientos al público sobre temas de salud.
- d) Racionalizar con criterio nacional el uso de los recursos tecnológicos, promover su evaluación y el intercambio científico-técnico entre las instituciones del sector.
- e) Promover la constitución de redes de investigación en salud a nivel local, provincial y nacional y facilitar la ejecución de investigaciones en estos niveles.



# 3

## **Declaraciones de los Congresos Nacionales por la Salud y la Vida**

- Declaración de Guayaquil (2004) •**
- Declaración de Quito (2002) •**



# 3

## DECLARACIONES DE LOS CONGRESOS NACIONALES POR LA SALUD Y LA VIDA

### DECLARACIÓN DE GUAYAQUIL (2004)

Nosotras y nosotros, participantes en el II Congreso Nacional por la Salud y la Vida, realizado los días 15, 16 y 17 de septiembre de 2004, en la ciudad de Guayaquil, luego de conocer los avances logrados y los temas pendientes en la aplicación de la Política Nacional de Salud y en la organización del Sistema Nacional de Salud; las deliberaciones de los grupos de Trabajo sobre la Agenda orientadas a la construcción de ciudadanía en salud, protección integral y desarrollo del sector; y empeñados en mejorar las condiciones de salud y de vida del pueblo ecuatoriano, acordamos declarar al país lo siguiente:

1. La salud es vida; y, la vida es salud, dos derechos fundamentales que la Constitución Política garantiza, prerrequisito para la vigencia de los demás derechos cuyo cumplimiento es deber primordial del Estado. Por ello, deberán ser considerados como factores esenciales para el desarrollo económico y social de la nación, prioridad de la agenda política nacional. A fin de ser parte de los planes y programas de inversión del Gobierno nacional y su cuidado contará con la activa participación de la ciudadanía.
2. El Primer Congreso Nacional por la Salud y la Vida destacó la necesidad de establecer una Política Nacional de Salud, la aprobación y vigencia de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, el mejoramiento del presupuesto del Estado para la salud, la participación de organismos seccionales en el proceso de descentralización en salud, el acceso equitativo a los medicamentos esenciales, el fortalecimiento del Consejo Nacional de Salud y la institucionalización del Congreso Nacional por la Salud y la Vida. Parte de esta Agenda se ha cumplido, pero resta mucho por hacer. Para continuar el cumplimiento de estos grandes objetivos se requiere fortalecer la conciencia nacional y generar voluntad política para que la salud y la vida de los ecuatorianos se incorporen a la Agenda Política Nacional de todo gobierno.
3. Recogiendo la letra y espíritu de la Constitución, nos comprometemos a impulsar la Agenda Política en Salud para los próximos dos años, iniciada en las deliberaciones de los Talleres Regionales Pre-Congreso en todo el país y validadas en este II Congreso; y vigilar su efectiva realización en beneficio de la salud y la vida de toda la población y del medio ambiente, con énfasis en la atención y protección a los sectores sociales más vulnerables en el área rural y urbano marginal.

4. Fortalecer la autoridad sanitaria del Ministerio de Salud Pública para el ejercicio de la rectoría, así como la capacidad técnica, institucional y financiera del Consejo Nacional de Salud para el cumplimiento de sus objetivos de coordinación y concertación sectorial para la organización y funcionamiento del Sistema.
5. Impulsar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo de la Cumbre del Milenio para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, la discriminación contra toda persona y grupo humano excluido de sus derechos, la degradación del ambiente y el analfabetismo; firmado por 189 Jefes de Estado, del cual Ecuador es signatario; considerarlos como referentes de la Política Nacional de Salud y hacer un seguimiento de su avance en cada uno de los Congresos.
6. Desarrollar un modelo concertado de atención para todas las entidades que conforman el Sistema Nacional de Salud de acuerdo con los principios y características señalados en la Agenda Política de este Congreso y en base a ello conformar las redes plurales a nivel local; sustentado en los postulados de la Atención primaria de la Salud, promoción de la salud, enfoque intercultural, licenciamiento de los servicios, calidad y eficiencia en la atención.
7. Acoger la Propuesta de Política Nacional de Salud Sexual, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, con igualdad, autonomía y libertad de opción, que ha sido preparada con la más amplia participación de los diferentes actores institucionales relacionados con esta materia y recomendar que sea aprobada por las autoridades respectivas como una política de Estado y que como tal, se constituya en referente obligatorio para la sociedad, con miras a lograr el ejercicio pleno de los derechos que se propugnan y en particular abolir las discriminaciones de todo tipo en los servicios de salud públicos y privados en todo el país.
8. Aplicar la política integral de recursos humanos que considere una mejor disponibilidad para la extensión de cobertura, elevación de la calidad, garantía de selección en base a criterios técnicos, formación acorde a las necesidades de la población y del Sistema, condiciones de trabajo dignas, estabilidad en base a evaluación de desempeño y remuneración adecuada.
9. Reformar el marco normativo vigente para asegurar el acceso equitativo de la población a los medicamentos esenciales, hacer cumplir y reforzar los mecanismos de regulación de precios y garantizar su calidad. Crear mecanismos para asegurar el acceso equitativo de los usuarios a los medicamentos esenciales.
10. Instar al Gobierno Nacional para que en las negociaciones del TLC y ALCA, se dé pleno cumplimiento a las resoluciones que constan en la Declaración de Doha-Qatar, orientadas a proteger la salud pública, y el acceso a los medicamentos, especialmente en cuanto a lo que se refiere: no incrementar las flexibilidades en protección de propiedad intelectual; otorgamiento de licencias obligatorias, autorización de importaciones paralelas, no aumentar la protección de datos de prueba; no vinculación entre Registro Sanitario y patentes, excepciones en materia patentable; y protección del patrimonio biológico y genético
11. Vigilar que el proceso de descentralización contribuya a la organización del Sistema Nacional de Salud, mediante la activa construcción de Consejos Provinciales y Cantonales de Salud, como espacios de articulación de los distintos actores y de participación ciudadana.
12. Comprender que las demandas presupuestarias en salud son inversión prioritaria en capital humano, razón de ser de la economía y no gasto improductivo, por lo que la asignación presupuestaria en este campo, debe ser suficiente, sostenida y con cumplimiento de los preceptos constitucionales, cuidando la calidad del gasto.

13. Asignar mayores recursos para la extensión de cobertura de mujeres y niños amparados por la Ley de Maternidad Gratuita y Protección a la Infancia como núcleo del proceso de aseguramiento universal en salud extendiendo su beneficio a otros grupos poblacionales, especialmente a los ancianos, dando prioridad a las regiones de mayor pobreza.
14. Crear un sistema de veedurías en salud para ejercer el control de la Agenda Política de este Congreso, garantizar la transparencia de estos procesos y combatir los elementos de corrupción que se presenten.
15. Establecer un proceso de difusión y seguimiento, liderado por el CONASA con pleno respaldo político de todos los actores, para que impulse los acuerdos adoptados en la Agenda Política y en esta Declaración e informe sobre el avance de los mismos.
16. Potenciar experiencias y recursos a través del desarrollo de eventos subregionales y continentales, similares al Congreso por la Salud y la Vida y contribuir desde esta perspectiva a dinamizar los necesarios procesos de integración.
17. Para el seguimiento permanente de los acuerdos, se propone que cada Congreso elija la sede subsiguiente, la que, en esta ocasión, por unanimidad se ha escogido la ciudad de Cuenca.

Reafirmamos con esta declaración la voluntad y el compromiso para impulsar este acuerdo nacional por la Salud y la Vida como condición para el desarrollo humano sustentable de la nación ecuatoriana y, aspiramos que se convierta en guía cotidiana de las políticas de salud, lo que será posible a través de la activa y amplia participación ciudadana y el compromiso de todas las instituciones.

Guayaquil, 17 de Septiembre de 2004.

## DECLARACION DE QUITO (2002)

*Por la salud y 1a vida*

Nosotros, ecuatorianas y ecuatorianos, convocados por el Consejo Nacional de Salud al Congreso Nacional por la Salud y la Vida, reunidos en la ciudad de Quito, los días 8 al 10 de mayo de 2002, concientes de que la salud es un bien público esencial, derecho humano irrenunciable y asumiendo responsablemente la representación institucional y el sentir del pueblo ecuatoriano,

Declaramos:

1. La voluntad de permanecer unidos para conseguir que la salud se constituya en prioridad de la agenda pública nacional, único camino posible para alcanzar la equidad en salud, en todas sus manifestaciones y el desarrollo social y económico del país.
2. Respalda las conclusiones y acuerdos logrados en este Congreso, para que se establezca Una Política Nacional de Salud y que se garantice su aplicación y vigencia.
3. Exhortar y exigir al Honorable Congreso y Gobierno Nacional la aprobación y vigencia de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.
4. Demandar que la asignación presupuestaria anual al Ministerio de Salud Pública no sea inferior a lo solicitado por esta cartera de Estado, ni a lo establecido por la Constitución.
5. Apoyar la participación de los organismos seccionales en el proceso descentralización en salud con la rectoría del Ministerio de Salud Pública y cuya implementación se regirá por los principios de reforma sectorial; la conformación de los Consejos de Salud y la organización del Sistema Nacional de Salud.
6. Instar a los organismos competentes del Estado, el desarrollo de acciones que fortalezcan la ciudadanía en salud y su participación en las diversas instancias de gestión y control social.
7. Reclamar el reconocimiento en las instituciones del Estado de las diversas expresiones y saberes ancestrales y de las medicinas complementarias, en consonancia con la ley y el respeto a la diversidad socio-cultural del país.
8. Demandar la participación de los medios de comunicación colectiva en la difusión de políticas nacionales de salud entre los sectores sociales e institucionales y en general hacia toda la población, a efectos de generar una cultura por la salud y la vida.
9. Demandar a los poderes públicos un trato equitativo y digno a los profesionales y trabajadores del sector salud en las condiciones salariales de trabajo, a la par que su estabilidad y promoción, según criterios de desempeño.
10. Apoyar el fortalecimiento del Consejo Nacional de Salud, (CONASA) y bajo su convocatoria, institucionalizar el "Congreso Nacional por la Salud y la Vida" a realizarse por lo menos cada dos años, como un espacio democrático de veeduría y consulta nacional sobre temas de trascendencia para la salud de la población del país.



# 4

## Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y su Reglamento



# 4

## LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU REGLAMENTO

### I. LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Ley No. 80. R.O. No. 670 de 25 de Septiembre del 2002.

#### EL CONGRESO NACIONAL DEL ECUADOR

Considerando:

Que la salud es un derecho fundamental de las personas y una condición esencial del desarrollo de los pueblos;

Que de conformidad con el artículo 42 de la Constitución Política de la República, el Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia;

Que el artículo 45 de la Constitución Política de la República, dispone que el Estado organizará un Sistema Nacional de Salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector, el mismo que funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa;

Que el artículo 55 de la Constitución Política de la República, señala que la seguridad social es un deber del Estado y un derecho irrenunciable de sus habitantes; y el artículo 56 establece el Sistema de Seguridad Social, el mismo que incluye la atención a la salud de sus afiliados;

Que en el país se ha iniciado un proceso de descentralización y desconcentración tendiente a lograr una mejora fundamental en los servicios públicos, con la participación de los organismos seccionales, proceso en el que es necesario contar con un marco legal que preserve la integridad de la atención de salud;

Que el artículo 46 de la Carta Política, prevé que el financiamiento de las entidades públicas del Sistema Nacional de Salud, provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley; y,

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales expide la siguiente:

## LEY ORGANICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

### CAPITULO I

#### DEFINICION, AMBITO DE APLICACION, FINALIDAD, PRINCIPIOS Y OBJETIVOS

**Art. 1.-** Objeto y Ambito de la Ley.- La presente Ley tiene por objeto establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud que regirá en todo el territorio nacional.

**Art. 2.-** Finalidad y Constitución del Sistema.- El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.

**Art. 3.-** Objetivos.- El Sistema Nacional de Salud cumplirá los siguientes objetivos:

1. Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.
2. Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud; al medio ambiente de su deterioro o alteración.
3. Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables.
4. Promover, la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector.
5. Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud.

**Art. 4.-** Principios.- El Sistema Nacional de Salud, se regirá por los siguientes principios.

1. Equidad.- Garantizar a toda la población el acceso a servicios de calidad, de acuerdo a sus necesidades, eliminando las disparidades evitables e injustas como las concernientes al género y a lo generacional.
2. Calidad.- Buscar la efectividad de las acciones, la atención con calidez y la satisfacción de los usuarios.
3. Eficiencia.- Optimizar el rendimiento de los recursos disponibles y en una forma social y epidemiológicamente adecuada.
4. Participación.- Promover que el ejercicio ciudadano contribuya en la toma de decisiones y en el control social de las acciones y servicios de salud.
5. Pluralidad.- Respetar las necesidades y aspiraciones diferenciadas de los grupos sociales y propiciar su interrelación con una visión pluricultural.
6. Solidaridad.- Satisfacer las necesidades de salud de la población más vulnerable, con el esfuerzo y cooperación de la sociedad en su conjunto.

7. Universalidad.- Extender la cobertura de los beneficios del Sistema, a toda la población en el territorio nacional.
8. Descentralización.- Cumplir los mandatos constitucionales que consagren el sistema descentralizado del país.
9. Autonomía.- Acatar la que corresponda a las autonomías de las instituciones que forman el Sistema.

## CAPITULO II

### DEL PLAN INTEGRAL DE SALUD

**Art. 5.-** Para el cumplimiento de los objetivos propuestos, el Sistema Nacional de Salud implementará el plan Integral de Salud, el mismo que garantizado por el Estado, como estrategia de Protección Social en Salud, será accesible y de cobertura obligatoria para toda la población, por medio de la red pública y privada de proveedores y mantendrá un enfoque pluricultural.

Este plan contemplará:

1. Un conjunto de prestaciones personales de prevención, detección, diagnóstico, recuperación y rehabilitación de la salud. Este incluye la provisión de los servicios y de los medicamentos e insumos necesarios en los diferentes niveles de complejidad del Sistema, para resolver problemas de salud de la población conforme al perfil epidemiológico nacional, regional y local.
2. Acciones de prevención y control de los riesgos y daños a la salud colectiva, especialmente relacionados con el ambiente natural y social.
3. Acciones de promoción de la salud, destinadas a mantener y desarrollar condiciones y estilos de vida saludables, individuales y colectivas y que son de índole intersectorial.

**Art. 6.-** Modelo de Atención.- El Plan Integral de Salud, se desarrollará con base en un modelo de atención, con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud, en procesos continuos y coordinados de atención a las personas y su entorno, con mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa. Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas.

## CAPITULO III

### INTEGRACION DEL SISTEMA

**Art. 7.-** Integrantes del Sistema.- Forman parte del Sistema Nacional de Salud las siguientes entidades que actúan en el sector de la salud, o en campos directamente relacionados con ella:

1. Ministerio de Salud Pública y sus entidades adscritas.
2. Ministerios que participan en el campo de la salud.
3. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS; Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, ISSFA; e, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, ISSPOL.
4. Organizaciones de salud de la Fuerza Pública: Fuerzas Armadas y Policía Nacional.

5. Las Facultades y Escuelas de Ciencias Médicas y de la Salud de las Universidades y Escuelas Politécnicas.
6. Junta de Beneficencia de Guayaquil.
7. Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, SOLCA.
8. Cruz Roja Ecuatoriana.
9. Organismos seccionales: Consejos Provinciales, Consejos Municipales y Juntas Parroquiales.
10. Entidades de salud privadas con fines de lucro: prestadoras de servicios, de medicina prepagada y aseguradoras.
11. Entidades de salud privadas sin fines de lucro: organizaciones no gubernamentales (ONG's), servicios pastorales y fiscomisionales.
12. Servicios comunitarios de salud y agentes de la medicina tradicional y alternativa.
13. Organizaciones que trabajan en salud ambiental.
14. Centros de desarrollo de ciencia y tecnología en salud.
15. Organizaciones comunitarias que actúen en promoción y defensa de la salud.
16. Organizaciones gremiales de profesionales y trabajadores de la salud.
17. Otros organismos de carácter público, del régimen dependiente o autónomo y de carácter privado que actúen en el campo de la salud.

**Art. 8.-** La participación de las entidades que integran el Sistema, se desarrollará respetando la personería y naturaleza jurídica de cada institución, sus respectivos órganos de gobierno y sus recursos.

Por tanto, las entidades u organismos autónomos y/o de derecho privado que integran el Sistema Nacional de Salud, conservarán su autonomía administrativa, técnica, funcional y financiera y sus recursos no formarán parte de los fondos de financiamiento del Sistema Nacional de Salud.

## **CAPITULO IV**

### **FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA**

**Art. 9.-** Del funcionamiento.- El Sistema Nacional de Salud funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa; para el efecto sus integrantes se relacionarán mediante las funciones de coordinación, provisión de servicios, aseguramiento y financiamiento. Las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, se articulan colaborando en el marco de sus funciones específicas y de sus respectivas competencias, para el cumplimiento de los mandatos previstos en esta Ley y en el Código de Salud.

**Art. 10.-** Función de coordinación.- Es la función del Sistema que coordina el relacionamiento entre las demás funciones y entre los integrantes del Sistema. Su ejercicio es competencia del Ministerio de Salud Pública, en todos sus niveles, como autoridad sanitaria nacional, apoyado por los Consejos de Salud.

La coordinación deberá referirse a:

1. Conducción sectorial: Definición de políticas, objetivos y planes estratégicos y de protección social y, establecimiento de mecanismos de participación, generación de consensos.
2. Regulación sectorial: Aplicación de la legislación sanitaria, normatización técnica de bienes, servicios, mercados y prácticas que inciden en la salud; y, vigilancia de su cumplimiento.
3. Garantía del acceso equitativo a la atención de salud: Responsabilidad de definir y vigilar la prestación de un plan garantizado de cobertura de servicios.
4. Armonización de la provisión de servicios: Definición de lineamientos para la articulación y complementación de servicios de atención integral, continua y de calidad.
5. Desarrollo de las funciones esenciales de la salud pública: Involucra el conjunto de responsabilidades estatales inherentes a la protección de la salud como bien público.
6. Control y evaluación: De las políticas y planes de salud, el desempeño de los servicios y la actuación de las instituciones.
7. Las demás que le señale la Constitución Política de la República, las leyes y los reglamentos.

**Art. 11.-** Función de Provisión de Servicios de Salud.- La provisión de servicios de salud es plural y se realiza con la participación coordinada de las instituciones prestadoras, las cuales funcionarán de conformidad con su estatuto de constitución y la administración de sus propios recursos.

El Sistema establecerá los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención, para el cumplimiento del Plan Integral de Salud de acuerdo con las demandas y necesidades de la comunidad.

Estos mecanismos incluyen:

- a) La aplicación consensuada del modelo de atención;
- b) La definición concertada de prioridades y metas de cobertura de la población;
- c) El establecimiento de normas técnicas y protocolos comunes para las prestaciones;
- d) Un conjunto común de datos básicos para la historia clínica;
- e) La referencia y contrareferencia;
- f) Modalidades de gestión institucional en las entidades públicas que incluyan instancias de participación, rendición de cuentas y veeduría social, asignación de recursos por resultados y convenios internos de gestión, de conformidad con el reglamento que se dicte para el efecto;
- g) La celebración de convenios o contratos de gestión entre las entidades del Sistema para complementar la atención, con mecanismos de pago interinsti-

tucionales basados en protocolos comunes, de acuerdo al reglamento correspondiente;

- h) Normativas de licenciamiento, acreditación de los establecimientos de salud e indicadores de evaluación del desempeño; e,
- i) Otros acuerdos de complementación interinstitucional.

**Art. 12.-** Función de aseguramiento.- El aseguramiento es la garantía de acceso universal y equitativo de la población al Plan Integral de Salud en cumplimiento del derecho ciudadano a la protección social en salud.

A efecto de alcanzar la cobertura universal el Sistema con la participación de todos sus integrantes aplicará las medidas que sean necesarias para el cumplimiento de esta meta común. Iniciará con la aplicación del plan de aseguramiento para mujeres y niños beneficiarios de la Ley y Programas de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Se promoverá la ampliación de cobertura de salud de todas las entidades prestadores de servicios y del Seguro General Obligatorio y Seguro Social Campesino, pertenecientes al IESS, de otros seguros públicos, como el ISSFA e ISSPOL.

**Art. 13.-**Función de Financiamiento.- El financiamiento es la garantía de disponibilidad y sostenibilidad de los recursos financieros necesarios para la cobertura universal en salud de la población.

El Consejo Nacional de Salud establecerá mecanismos que permitan la asignación equitativa y solidaria de los recursos financieros entre grupos sociales, provincias y cantones del país, así como su uso eficiente.

El financiamiento del Plan Integral de Salud con cargo a fondos públicos, se hará conforme lo dispuesto en el artículo 46 de la Constitución Política de la República. Estos recursos serán destinados a garantizar las acciones de salud de la población con mayor riesgo y vulnerabilidad epidemiológica y bio-social.

En el marco de la desconcentración y descentralización en salud vigente, el Estado asignará de manera total y automática los recursos financieros correspondientes a las direcciones provinciales, jefaturas de área y los municipios que lo soliciten conforme a los planes de salud y de acuerdo con los criterios de equidad, índice poblacional y riesgo epidemiológico, a excepción de los recursos que se requieran para el ejercicio de la coordinación del Ministerio de Salud Pública.

Adicionalmente el Estado creará fondos específicos destinados a la protección de los daños causados por enfermedades catastróficas, a la población no asegurada de menores recursos.

## CAPITULO V

### DE LOS CONSEJOS DE SALUD

**Art. 14.-**Los Consejos de Salud como organismos de representación de los integrantes del Sistema, son instancias de coordinación, concertación sectorial, articulación interinstitucional e intersectorial, en apoyo al funcionamiento del Sistema.

**Art. 15.-**Para su organización y funcionamiento, los Consejos de Salud se regirán por la presente Ley, su Estatuto Constitutivo y su Reglamento.

**Art. 16.-** El Sistema contará:

1. En el nivel nacional, con el Consejo Nacional de Salud, CONASA.

2. En el nivel provincial, con los Consejos Provinciales de Salud, CPS.
3. En el nivel cantonal con los Consejos Cantonales de Salud, CCS.

#### DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD

**Art. 17.**-El Consejo Nacional de Salud, se crea como entidad pública con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera, con domicilio en el Distrito Metropolitano de Quito.

Las resoluciones del Consejo Nacional de Salud, como resultado de la concertación sectorial, que se procurará se adopten por consenso, serán de cumplimiento obligatorio por todos los integrantes del Sistema.

El proceso de toma de decisiones constará en el Reglamento a esta Ley.

**Art. 18.**-Conformación.- El Consejo Nacional de Salud, estará integrado por cada una de las 17 entidades que integran el Sistema Nacional de Salud, identificadas como tales en el artículo 7, y presidido por el Ministro de Salud Pública. El reglamento normará la forma de designación y/o elección de tales representantes.

**Art. 19.**-Funciones del Consejo Nacional de Salud.- El Consejo Nacional de Salud tiene como funciones:

1. Concertar entre todos los actores y niveles del Sistema la aplicación de la política nacional en salud.
2. Participar conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública en la formulación del Plan Integral de Salud y los criterios para su ejecución, incluyendo la programación de extensión progresiva de cobertura y su financiamiento.
3. Coordinar la participación de los integrantes del Sistema para la implementación del Plan Integral de Salud.
4. Aprobar la utilización común de normas técnicas y protocolos para las prestaciones; procedimientos de referencia y contrarreferencia, y, otros mecanismos necesarios para la provisión de servicios.
5. Promover la participación, el control social, el cumplimiento y la exigibilidad de los derechos de los usuarios.
6. Convocar y organizar periódicamente eventos de amplia consulta nacional sobre los temas relevantes para la salud del país.
7. Promover el desarrollo integral de los recursos humanos en salud.
8. Designar al Director Ejecutivo.
9. Las demás que le asigne la Ley, su Estatuto y el Reglamento.

**Art. 20.**-De la Dirección Ejecutiva.- Es el órgano técnico y administrativo encargado de la gestión y operación permanente del Consejo Nacional de Salud.

La Dirección Ejecutiva organizará las comisiones técnicas que se requieran para el cumplimiento de las funciones del Consejo.

El Director Ejecutivo, es el representante legal y el responsable técnico y administrativo del Consejo Nacional de Salud. Ejercerá la Secretaría en las sesiones del Consejo.

## DE LOS CONSEJOS PROVINCIALES DE SALUD

**Art. 21.-** Los Consejos Provinciales de Salud estarán presididos por el Prefecto o su representante y la Secretaría Técnica será ejercida por el Director Provincial de Salud respectivo.

Se conformarán con un representante por cada uno de los Consejos Cantonales de Salud de la jurisdicción territorial correspondiente.

**Art. 22.-** Los Consejos Provinciales de Salud tendrán como funciones:

1. Participar en la formulación del Plan Integral de Salud en la provincia.
2. La coordinación y apoyo a los consejos cantonales de salud.

## DE LOS CONSEJOS CANTONALES DE SALUD

**Art. 23.-** Los Consejos Cantonales de Salud estarán presididos por el Alcalde o su representante y la Secretaría Técnica será ejercida por el Jefe del Área de Salud respectivo o designado.

Se conformarán con representantes de los integrantes del Sistema que actúan a nivel cantonal y de las Juntas Parroquiales. Se promoverá la participación paritaria del Estado y la sociedad civil.

**Art. 24.-** Funciones.- Son funciones de los Consejos Cantonales de Salud, las siguientes:

1. Aplicar la política nacional en salud, adaptada al ámbito cantonal.
2. Formular y evaluar el Plan Integral de Salud en el cantón.
3. Coordinar las acciones de promoción de la salud con otras entidades de desarrollo provincial, local y la comunidad.
4. Apoyar la organización de la red de servicios en el cantón.
5. Promover la participación, control social y el cumplimiento y exigibilidad de los derechos de los usuarios.
6. Vigilar que la celebración de contratos o convenios de prestación de servicios de salud entre las entidades públicas y privadas del cantón, guarden concordancia con los objetivos y el marco normativo del Sistema.
7. Las demás que le asignen la Ley, su Estatuto y el Reglamento.

**Art. 25.-** Dos o más cantones de la misma provincia, podrán asociarse para formar un solo Consejo de Salud Mancomunado y compartir su estructura y recursos.

## CAPITULO VI

## DE LOS RECURSOS HUMANOS

**Art. 26.-** El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, pondrá a las entidades formadoras la política y el Plan Nacional para el desarrollo de los recursos humanos en salud, que considere la armonización de la formación en cantidad y calidad con enfoque pluricultural, conforme a las necesidades de la población y del mercado de trabajo.

En el ámbito público, desarrollará la carrera sanitaria considerando los aspectos de calidad del empleo, régimen laboral y salarial, productividad del trabajo; calidad de los servicios y gobernabilidad gestión de personal e incentivos basados en evaluación de desempeño, ubicación geográfica y manejo de riesgo.

El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con las facultades de Ciencias Médicas y de la Salud, el CONESUP y los gremios profesionales, impulsará los procesos de certificación y recertificación para la actualización del ejercicio profesional de salud.

#### DE LA INFORMACION

**Art. 27.**-El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, implantará y mantendrá un sistema común de información sectorial que permitirá conocer la situación de salud, identificar los riesgos para la salud de las personas y el ambiente, dimensionar los recursos disponibles y la producción de los servicios, para orientar las decisiones políticas y gerenciales en todos los niveles.

En esta actividad se establecerá coordinación con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y con otras fuentes de información en salud.

#### DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS

**Art. 28.**-El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, dispondrá las medidas que permitan garantizar la disponibilidad de medicamentos esenciales e insumos en el país.

Promoverá la producción nacional y garantizará el uso de productos genéricos y organizará instancias y procesos de provisión común de los mismos, de acuerdo con el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos que se elaborará según la nomenclatura internacional aprobada por la Organización Mundial de la Salud, el mismo que será de aplicación obligatoria por las entidades del sector, con resguardo de su calidad, seguridad y eficacia y al menor costo posible.

#### DE LA CIENCIA Y TECNOLOGIA EN SALUD

**Art. 29.**-El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud y la participación de la FUNDACYT, impulsará una política de investigación orientada a las prioridades nacionales y al desarrollo y transferencia de tecnologías adaptadas a la realidad del país manteniendo el enfoque pluricultural que incluye la promoción y desarrollo de la medicina tradicional y alternativa.

Evaluará y racionalizará el uso de los recursos tecnológicos para su optimización nacional y promoverá el intercambio científico y tecnológico entre las instituciones del sector.

**Art. 30.**-En el marco del proceso de descentralización, desconcentración y participación en salud, los convenios de transferencia de competencias, funciones, responsabilidades y recursos deberán contemplar obligatoriamente los siguientes compromisos por parte de la entidad receptora:

- ⇒ La observancia de las políticas, normas legales, técnicas y protocolos establecidos por la entidad coordinadora.
- ⇒ El cumplimiento de la normativa constitucional en materia laboral, Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa, Código del Trabajo y demás leyes gremiales y federativas.

- ⇒ La cobertura universal y equitativa de las prestaciones del Plan Integral de Salud.
- ⇒ La certificación respecto a la disponibilidad de condiciones operativas para asumir tal responsabilidad, será emitida por la propia entidad receptora.

#### DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera.- El Ministerio de Salud Pública, en el plazo máximo de un año, contado a partir de la publicación en el Registro Oficial de esta Ley, se reorganizará en los niveles nacional, provincial y local para fortalecer el cumplimiento de sus funciones, particularmente de coordinación del Sistema.

Segunda.- El Consejo Nacional de Salud, en el plazo máximo de un año, contado a partir de la publicación en el Registro Oficial de esta Ley, formulará los contenidos de las prestaciones correspondientes al Plan Integral de Salud, incluyendo los acuerdos con las instituciones participantes, para la extensión progresiva de sus beneficios, señalando el financiamiento necesario.

Tercera.- El Presidente de la República de acuerdo a la Constitución Política del Estado, expedirá el Reglamento de aplicación de la presente Ley.

#### DISPOSICIONES GENERALES

Primera.- Las disposiciones de la presente Ley que tiene el carácter de orgánica prevalecerán sobre las demás de inferior Jerarquía.

Segunda.- A partir de la vigencia de la presente Ley, el Consejo Nacional de Salud que se crea, subroga los derechos y obligaciones contraídos legalmente por el Consejo Nacional de Salud creado mediante Decreto Ejecutivo No. 56, publicado en el Registro Oficial No. 124 de 8 de febrero de 1980, sustituido por Decreto 3658 de 20 de enero de 1988, publicado en el Registro Oficial No. 861 de enero 27 de 1988.

**Art. Final.**- La presente Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial.

## II. REGLAMENTO DE LA LEY ORGANICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Decreto Ejecutivo No. 3611. R.O. No. 09 de 28 de Enero del 2003

Gustavo Noboa Bejarano

PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

Considerando:

**Que**, el artículo 42 de la Constitución Política de la República, garantiza el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia;

**Que**, el artículo 45 de la misma Constitución, dispone que el Estado organizará un Sistema Nacional de Salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector, el mismo que funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa;

**Que**, mediante Registro Oficial No. 670 de 25 de septiembre del año 2002, se ha expedido la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud;

**Que**, es necesario reglamentar dicha ley a fin de determinar los mecanismos y procedimientos que garanticen su pleno cumplimiento; y,

En ejercicio de las atribuciones que le confiere el numeral 5 del artículo 171 de la Constitución Política de la República.

Decreta el siguiente

### Reglamento General a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

#### CAPITULO I

##### DEL PLAN INTEGRAL DE SALUD

**Art. 1.** -De la ejecución del Plan Integral de Salud.- El Plan Integral de Salud, definido en el Art. 5 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, es el conjunto de acciones y prestaciones de salud en el país y se ejecuta a través de la red de proveedores, mediante la coordinación concertada de acciones de las entidades integrantes del sistema. Al efecto, se respetará la personalidad, autonomía y naturaleza jurídica de cada institución, sus respectivos órganos de gobierno y administración sus recursos propios.

**Art. 2.** -De la determinación de prestaciones del Plan Integral de Salud.- Una vez definidos los contenidos del Plan Integral, el Pleno del Consejo Nacional revisará cada dos años, las acciones y prestaciones personales y colectivas de salud que el sistema procura ofrecer a la población.

La definición de acciones y prestaciones buscará lograr la equidad y la universalidad, para lo cual el Pleno del Consejo analizará las necesidades epidemiológicas de la población y las determinantes sociales de salud y calidad de vida, considerando la

realidad nacional, provincial y cantonal de salud. Así mismo, establecerá metas cuantitativas y cualitativas para la superación de la exclusión social en salud, manteniendo un criterio de lo máximo posible, buscando mejorar el costo - efectividad de las acciones de salud y definiendo taxativamente los recursos existentes.

**Art. 3.-** Ampliación de prestaciones de salud.- Los consejos de salud podrán ampliar las acciones y prestaciones contempladas en el Plan Integral de Salud en la medida en que dispongan de financiamiento adicional.

## CAPITULO II

### DE LAS NORMAS APLICABLES A LAS FUNCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

**Art. 4.-** De la función de coordinación.- La función de coordinación es competencia del Ministerio de Salud Pública en su calidad de autoridad sanitaria nacional, con el apoyo de los consejos: Nacional, provinciales y cantonales de salud.

**Art. 5.-** De la política y los planes nacionales de salud.- La política será revisada cada cuatro años y el Plan Estratégico Nacional de Salud cada dos, para ello se contará con la participación activa de todos los actores de salud y otros sectores relacionados, partiendo de: los planes elaborados en los consejos provinciales y cantonales de salud, el análisis estratégico de la realidad sanitaria nacional, el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, los planes del Ministerio de Salud Pública referidos al control de enfermedades, desastres y promoción de la salud de interés nacional y los planes estratégicos de salud de cada una de las entidades que conforman el sistema.

El Ministerio de Salud Pública es la autoridad responsable de la definición del Plan Estratégico Nacional de Salud, el mismo que contará con su respectivo presupuesto y financiamiento que será el resultado de los compromisos asumidos voluntariamente por los miembros del sistema del Consejo Nacional de Salud. El Ministerio a través de las instancias respectivas del nivel nacional, brindará además el soporte técnico y metodológico indispensable.

**Art. 6.-** De los planes provinciales.- La formulación del Plan Estratégico Provincial de Salud será bienal, para ello se contará con la participación activa de todos los actores de salud y otros sectores relacionados. Su elaboración es de responsabilidad de los consejos provinciales de salud, para lo cual tendrán en cuenta el análisis estratégico de la realidad de salud de la provincia y los planes de los consejos cantonales de salud. Las direcciones provinciales de salud brindarán el apoyo técnico necesario.

Los planes serán parte del Plan de Desarrollo Provincial, contarán con su respectivo presupuesto y financiamiento y serán el resultado de los compromisos asumidos voluntariamente por todos o algunos de los integrantes representados en el Consejo Provincial de Salud.

**Art. 7.-** De los planes cantonales.- La formulación del Plan Estratégico Cantonal de Salud será bienal, para ello se contará con la participación activa de todos los actores de salud y otros sectores relacionados. Su elaboración es responsabilidad de los consejos cantonales de salud y se enfocará en la salud familiar y comunitaria, garantizando una atención integral, sustentada en la atención primaria de salud y la promoción de la salud y será parte del Plan de Desarrollo Cantonal aprobado por el respectivo Consejo Municipal. Las direcciones provinciales de salud brindarán el apoyo técnico necesario.

Los planes estratégicos cantonales de salud contarán con su respectivo presupuesto y financiamiento y serán el resultado de los compromisos asumidos voluntariamente por todos o algunos de los integrantes representados en el Consejo Cantonal de Salud.

**Art. 8.-** De la autonomía para el cumplimiento de los planes de salud.- Los consejos cantonales y provinciales de salud, las entidades autónomas y las personas naturales y jurídicas de derecho privado son autónomos en relación al Consejo Nacional de Salud para promover el cumplimiento de los planes de salud.

**Art. 9.-** Del procedimiento de regulación sectorial.- Para la ejecución de la atribución prevista en el numeral dos del artículo 10 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Salud Pública como autoridad sanitaria tendrá en cuenta los siguientes aspectos:

1. Para la aplicación de la legislación sanitaria actualizará los instrumentos legales y técnicos necesarios; en caso de requerirse nuevos marcos jurídicos, formulará los proyectos correspondientes.
2. Para la normatización técnica de bienes, servicios, prácticas que inciden en la salud, ejercicio de las profesiones, comunicación social y mercados como: seguros públicos y privados de salud, insumos, medicamentos, tecnología, bienes de consumo y establecimientos públicos, elaborará y difundirá normativas generales y establecerá las reglas para su funcionamiento y control.

Los instructivos respecto de los ámbitos mencionados en este artículo, serán formulados con la participación activa de los distintos actores del sector salud teniendo en cuenta lo dispuesto en los numerales 8 y 9 del Art. 4 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y coordinados por el nivel nacional del Ministerio de Salud Pública.

**Art. 10.-** De la protección de la salud como bien público.- El Ministerio de Salud Pública es el responsable de: realizar la vigilancia en salud, definir los programas nacionales de control de enfermedades de vigilancia obligatoria, de prevención de desastres y de promoción de la salud de interés nacional, garantizar su financiamiento y organizar su ejecución en el país, en coordinación con los actores del sector, otros sectores y la población organizada.

A fin de garantizar el modelo de atención integral establecido en el Art. 6 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, los programas mencionados deben ejecutarse integrados desde el primer nivel de los servicios de salud. Esta integración debe hacerse en el marco de la red plural de prestadores de salud que contemplan las referencias requeridas a los niveles pertinentes. Solamente en casos excepcionales y justificados estos programas se ejecutarán a través de estructuras verticales. En ningún caso la aplicación de esta norma y de todas las demás de este reglamento restringirá las garantías previstas en el Art. 8 de la Ley Orgánica de Sistema Nacional de Salud.

Será responsabilidad del Ministerio de Salud Pública en sus diferentes niveles: el diseño técnico, el monitoreo, evaluación, investigación, asesoría y capacitación de los programas de salud pública.

El Ministro de Salud Pública solicitará al Presidente de la República la declaratoria de emergencia sanitaria en los territorios que así lo ameriten. Los consejos: Nacional, provinciales y cantonales de salud implicados, deberán reunirse inmediatamente a fin de coordinar acciones entre las entidades del sector y cumplir los planes de contingencia y emergencia definidos por la autoridad sanitaria.

Las disposiciones emanadas del Ministerio en materia de control de enfermedades de vigilancia obligatoria, emergencias, desastres y promoción de la salud de interés nacional, serán cumplidas por las entidades del sector, otros sectores y la población.

**Art. 11.-** Del control y evaluación.- El Ministerio de Salud Pública, efectuará el control y evaluación de los planes de salud y el funcionamiento del sistema con la participación de las entidades que integran los consejos de salud.

La Política Nacional será objeto de evaluación integral cada cuatro años y el Plan Estratégico Nacional de Salud cada dos años.

**Art. 12.-** De la función de provisión de servicios de salud.- La provisión de servicios de salud se sustenta en el cantón o mancomunidad de cantones como espacios territoriales y poblacionales definidos, sobre los cuales se ejercerá la responsabilidad local del sistema de la atención a la salud.

**Art. 13.-** De la conformación y organización de la red.- La conformación y organización de la red plural de prestadores, de la cual forman parte los proveedores públicos, privados y los de medicina tradicional y alternativa, responderán al modelo de atención consagrado en la ley y a los protocolos de las acciones y prestaciones definidas en el Plan Integral de Salud. Las áreas de salud constituyen la base a la que se articularán las instituciones y las unidades locales de acuerdo a sus responsabilidades y capacidad resolutive.

**Art. 14.-** De los protocolos de atención.- La Comisión de Planificación, Seguimiento y Evaluación del Consejo Nacional de Salud, desarrollará los proyectos de cada una de las prestaciones definidas en el Plan Integral de Salud.

**Art. 15.-** Complementariedad de la capacidad resolutive.- La red plural de prestadores complementará su capacidad resolutive con establecimientos de mayor complejidad tecnológica, que cuenten con especialidades y subespecialidades, a fin de garantizar atención integral y de calidad al individuo, la familia y la comunidad.

**Art. 16.-** Rol de los consejos cantonales de salud.- Los consejos cantonales de salud, conformados paritariamente por las instituciones del sistema y los delegados de las organizaciones de la sociedad civil, deben realizar el monitoreo de la red plural y establecer los compromisos para su funcionamiento y el cumplimiento del Plan Integral de Salud, para lo cual gestionarán entre los prestadores, mecanismos que garanticen su complementación.

**Art. 17.-** Definición de las metas de cobertura.- Los integrantes del Consejo Cantonal de Salud definirán concertadamente las metas de cobertura teniendo en cuenta: prioridades de riesgo, edad, género, etnia, situación de exclusión en salud, misión institucional y disponibilidad financiera, entre otros.

**Art. 18.-** Ingreso a la red plural.- Los usuarios ingresarán a la red plural de prestadores a través de las unidades de menor complejidad, excepto en los casos de emergencias o urgencias en los cuales accederán a la unidad de salud de la complejidad que se requiera.

**Art. 19.-** De los niveles de la provisión.- Para la provisión de los servicios de salud se establece tres niveles de complejidad en la atención:

- ⇒ Primer nivel: Constituido por los servicios de atención ambulatoria.
- ⇒ Segundo nivel: Conformado por los servicios que cuentan con atención ambulatoria de mayor complejidad e intrahospitalaria complementaria al primer nivel.
- ⇒ Tercer nivel: Integrado por los servicios ambulatorios e intrahospitalarios de la más alta complejidad y especialización.

El Ministerio de Salud Pública liderará el proceso de definición concertada para una tipología homologable de las unidades y establecimientos prestadores de servicios de salud del sistema.

**Art. 20.-** Definición y aplicación de las normas y procedimientos de referencia y contrareferencia.- El Ministerio de Salud Pública elaborará participativamente y mediante equipos multidisciplinarios, las normas y procedimientos de referencia y contrareferencia para asegurar la complementariedad y continuidad en la atención, los que se remitirán al Consejo Nacional de Salud para la aprobación concertada de su utilización común. Los consejos provinciales y cantonales, buscarán mecanismos que faciliten la referencia y contrareferencia de usuarios en los distintos niveles de atención.

**Art. 21.-** Requisitos de licenciamiento de los prestadores.- Para la actividad de los proveedores públicos y privados en el sistema, los servicios deberán cumplir las normas de licenciamiento y los estándares mínimos definidos por el Ministerio de Salud Pública.

**Art. 22.-** Requisitos para el desempeño de la actividad en servicios de salud. La provisión en la red plural se realizará de acuerdo a la realidad nacional y local con personal certificado o re-certificado. En las unidades docente asistenciales, la práctica formativa requerirá supervisión calificada.

**Art. 23.-** De la acreditación y de la evaluación del desempeño.- Para avalar la calidad de los establecimientos de salud y la evaluación del desempeño de las instituciones del sistema, el Consejo Nacional de Salud promoverá un proceso concertado de definición de normas y procedimientos.

### CAPITULO III

#### DE LOS ORGANISMOS Y NIVELES QUE INTEGRAN EL SISTEMA

**Art. 24.-** Del Consejo Nacional de Salud.- Es el organismo de máxima concertación nacional, creado mediante ley como entidad pública, dotado de personería jurídica y autonomía administrativa y financiera, en virtud de lo cual se estructura como unidad ejecutora, con la finalidad de que el Ministerio de Economía y Finanzas transfiera automáticamente a la cuenta corriente del Consejo Nacional de Salud los recursos financieros previstos en el Presupuesto General del Estado.

Las asignaciones del Consejo Nacional de Salud no serán afectadas por transferencias, aportes ni deducción alguna.

**Art. 25.-** De la estructura del Consejo Nacional de Salud.- El Consejo Nacional de Salud para su funcionamiento cuenta con las siguientes instancias:

- a) El Pleno;
- b) El Directorio; y,
- c) La Dirección Ejecutiva.

**Art. 26.-** Del Pleno del Consejo.- Además del Ministro de Salud Pública, que lo preside, está integrado por los titulares, los representantes de máxima jerarquía o los representantes designados de las 17 entidades enunciadas en el Art. 7 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y son los siguientes:

1. Por el Ministerio de Salud Pública y sus entidades adscritas: el Director General de Salud.
2. Por los ministerios que participan en el campo de la salud: el Ministro de Economía y Finanzas, el Ministro de Bienestar Social, el Ministro de Educación y Cultura, el Ministro de Agricultura y Ganadería, el Ministro de Trabajo y Recursos Humanos, el Ministro del Ambiente y el Ministro de Desarrollo Urbano y Vivienda.

3. Por las entidades previstas en el numeral 3: el Director General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Director General del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y el Director General del Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional.
4. Por las organizaciones de salud de la fuerza pública, un representante por las Fuerzas Armadas y uno por la Policía Nacional.
5. Por las facultades y escuelas de ciencias médicas y de la salud de las universidades y escuelas politécnicas, un representante nombrado entre los decanos.
6. Por la Junta de Beneficencia de Guayaquil, su Director o un representante de su máximo organismo de gobierno.
7. Por la Sociedad de Lucha contra el Cáncer, el Presidente del Consejo Directivo Nacional o su representante.
8. Por la Cruz Roja Ecuatoriana, su Presidente (consulta).
9. Por los organismos seccionales: un Prefecto en representación del Consorcio de Consejos Provinciales del Ecuador, un Alcalde en representación de la Asociación de Municipalidades del Ecuador; un Presidente de Junta elegido por las juntas parroquiales.
10. Por las entidades señaladas en el numeral 10: un representante elegido por las prestadoras privadas de servicios de salud, con fines de lucro; un representante elegido por las entidades de salud privadas de medicina prepagada y un representante elegido por las aseguradoras de salud.
11. Por las entidades de salud señaladas en el numeral 11: un representante elegido por las organizaciones no gubernamentales y un representante elegido por los servicios pastorales y fiscomisionales.
12. Por las entidades referidas en el numeral 12: un representante elegido por los servicios comunitarios de salud; un representante elegido por los agentes de la medicina tradicional y un representante elegido por los profesionales de la medicina alternativa.
13. Por las organizaciones que trabajan en salud ambiental, un representante elegido.
14. Por los centros de desarrollo de ciencia y tecnología en salud, un representante elegido.
15. Por las organizaciones comunitarias que actúan en promoción y defensa de la salud, un representante elegido.
16. Por las entidades señaladas en el numeral 16: el/la Presidente de la Federación Médica Ecuatoriana; el/la Presidente de la Federación Odontológica Ecuatoriana; el/la Presidente de la Federación Nacional de Enfermeras; un representante elegido rotativamente entre los presidentes de las demás organizaciones gremiales de profesionales de la salud y un representante elegido por las organizaciones gremiales de trabajadores de la salud.
17. Por los otros organismos de carácter público del régimen dependiente o autónomo y de carácter privado que actúen en el ámbito de la salud: un representante por los consejos provinciales de salud y un representante por los consejos cantonales de salud.

**Art. 27.-** De la integración de miembros al Pleno del Consejo Nacional de Salud. El Consejo Nacional de Salud se integrará obligatoriamente en la primera reunión del Pleno, la tercera semana del mes de enero del año de su conformación. Su integración se efectuará de conformidad con las siguientes reglas:

- a) El Ministro de Salud Pública asistirá y presidirá las reuniones del Pleno y del Directorio en forma indelegable y obligatoria y sólo en condiciones de caso fortuito o de fuerza mayor, calificados por la mayoría simple del Pleno del Consejo o del Directorio, podrá aceptarse la delegación temporal y transitoria al Subsecretario General de Salud;
- b) El representante del Ministerio de Salud Pública y sus entidades adscritas, es el Director General de Salud, quien asistirá en forma obligatoria e indelegable, salvo caso fortuito o fuerza mayor calificados;
- c) Los ministros titulares de las carteras de Estado de: Economía y Finanzas, Bienestar Social, Educación y Cultura, Agricultura y Ganadería, Trabajo y Recursos Humanos, Ambiente y Desarrollo Urbano y Vivienda, son integrantes que de manera obligatoria asistirán a las sesiones. Únicamente en casos de fuerza mayor o caso fortuito debidamente calificados, podrán delegar al Subsecretario de su respectiva Cartera de Estado;
- d) Para los casos en que no se trate de entidades autónomas, para la elección de representantes se observará el siguiente procedimiento: realizada la convocatoria a la integración del Consejo, suscrita por el Ministro de Salud Pública, las entidades nombrarán el respectivo Colegio Electoral, el cual convocará, dirigirá y ejecutará el proceso de elección de representantes, de los cuales uno será principal y el segundo suplente, durarán dos años en sus funciones, pudiendo ser reelegidos por un período adicional. En lo que fuere aplicable se remitirá a las normas contenidas en la Ley de Elecciones en vigencia; y,
- e) El proceso de elección o designación de representantes al Consejo deberá efectuarse dentro de los últimos 90 días laborables cada dos años, para cuyo efecto, el Ministro de Salud Pública, Presidente nato del Consejo, conminará oficialmente a las organizaciones, entidades e instituciones, a realizar dicho proceso.

**Art. 28.-** De las reuniones ordinarias y extraordinarias del Pleno del Consejo Nacional de Salud. El Pleno del Consejo será convocado en forma ordinaria dos veces al año. El primer período de sesiones tendrá lugar en la tercera semana del mes de enero y el segundo en la primera semana del mes de julio. En forma extraordinaria se reunirá a iniciativa del Presidente del Consejo o por solicitud escrita de no menos de ocho de sus integrantes. Para que se instale válidamente la reunión ordinaria o extraordinaria, el Presidente dispondrá que se constate el quórum, el cual deberá ser de al menos la mitad más uno de los integrantes del Pleno.

**Art. 29.-** De las atribuciones, responsabilidades y funciones del Pleno del Consejo. Son atribuciones, responsabilidades y funciones del Pleno del Consejo:

- a) Concertar la aplicación de la política y del Plan Estratégico Nacional de Salud y evaluarlos con la periodicidad prevista en el Art. 12 del presente reglamento;
- b) Aprobar cada dos años las acciones y prestaciones que conforman el Plan Integral de Salud y coordinar su aplicación concertadamente con los integrantes del sistema;

- c) Aprobar la programación presupuestaria anual del Consejo Nacional de Salud, la misma que no podrá destinar más del 10% para gastos administrativos;
- d) Presentar informes públicos a la sociedad durante el mes de diciembre de cada año, sobre los avances y dificultades en la organización del sistema y los beneficios para la salud;
- e) Conocer y contestar, las peticiones, denuncias u otros que fueren presentados y debidamente sustentados por las entidades y organismos integrantes del sistema, los comités de usuarios, los consejos provinciales y cantonales de salud; y,
- f) Las demás funciones que el Consejo Nacional apruebe y que sean necesarias para garantizar el cumplimiento de sus objetivos, atribuciones, obligaciones legales y reglamentarias.

**Art. 30.- Del Directorio del CONASA.**- El Directorio del Consejo estará integrado de la siguiente forma:

1. El Ministro de Salud Pública, quien lo preside y tiene voto resolutivo y dirimente.
2. El representante de los ministerios que participan en el campo de la salud.
3. El Director General de Salud.
4. El Director General del IESS.
5. El representante de las facultades y escuelas de ciencias médicas y de la salud de las universidades y escuelas politécnicas, nombrado entre los decanos.
6. El representante elegido rotativamente entre los presidentes de las organizaciones gremiales de profesionales de la salud.
7. El representante de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.
8. El representante de SOLCA.
9. El representante elegido por las organizaciones de salud de la fuerza pública.
10. El Prefecto Presidente del Consejo Provincial de Salud, en representación del Consorcio de Consejos Provinciales del Ecuador.
11. El Alcalde Presidente del Consejo Cantonal de Salud, en representación de la Asociación de Municipalidades del Ecuador.
12. El representante por las entidades señaladas en el numeral 10 del Art. 7 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.
13. El representante por las entidades indicadas en el numeral 11 del Art. 7 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.
14. El representante por las entidades señaladas en el numeral 12 del Art. 7 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.
15. El representante elegido por las organizaciones gremiales de trabajadores de la salud.
16. El Director Ejecutivo, que será el Secretario con voz informativa y sin voto.

**Art. 31.- De las reuniones del Directorio.**- El Directorio se reunirá en forma ordinaria cada dos meses y en forma extraordinaria cuando fuere necesario, previa convocatoria del Presidente o por solicitud escrita de 6 de sus integrantes. Para que se instale válidamente la reunión ordinaria o extraordinaria, el Presidente dispondrá la constatación del quórum, el cual será de al menos la mitad más uno de sus integrantes.

**Art. 32.- De las funciones del Directorio.**- Son funciones del Directorio las siguientes:

- a) Realizar el seguimiento de los planes de salud;
- b) Aprobar el informe del contenido del Plan Integral de Salud para resolución del Pleno;

- c) Elegir al Director Ejecutivo de la terna propuesta por el Presidente del Consejo;
- d) Aprobar el informe preparado por la Comisión de Planificación, Seguimiento y Evaluación sobre la aplicación de medidas que consideren la disponibilidad financiera y aseguren el financiamiento suficiente y oportuno del Plan Estratégico Nacional e Integral de Salud, para este efecto, se tendrá en cuenta la autonomía financiera de las entidades que conforman el Sistema Nacional de Salud;
- e) Conformar las comisiones permanentes y especiales y orientar su trabajo;
- f) Decidir sobre los procesos y estrategias necesarios para la implementación de líneas de acción del Plan Estratégico Nacional de Salud;
- g) Desarrollar procesos de concertación para la utilización común de las normas técnicas, los protocolos y procedimientos de las estaciones de salud, estándares e indicadores de calidad de los servicios de salud definidos por el Ministerio de Salud Pública;
- h) Disponer la preparación de la documentación, justificaciones de orden técnico, estudios o investigaciones que se requieran para las reuniones del Pleno;
- i) Conocer y contestar las peticiones, denuncias u otros que fueren presentadas y debidamente sustentadas, por las entidades del sistema, por los comités de usuarios, los consejos provinciales y cantonales de salud, las cuales serán apelables ante el Pleno del Consejo;
- j) Aprobar o desaprobar los proyectos de instrumentos normativos y técnicos que se requieran para el adecuado funcionamiento del Consejo Nacional de Salud y disponer su revisión y actualización permanentes;
- k) Conocer, analizar y resolver los aspectos relacionados con las fuentes de financiamiento de los planes Estratégico Nacional, Integral de Salud y Operativo para el funcionamiento del Consejo respetando los recursos propios de las entidades integrantes del sistema;
- l) Avalar, cuando fuere necesario, los convenios interinstitucionales que se celebren para cumplir los planes: Estratégico Nacional e Integral de Salud;
- m) Aprobar la suscripción de los contratos y adquisiciones con los límites y hasta los montos previstos en las leyes vigentes; y,
- n) Las demás que le asignen la ley, el reglamento, el Pleno del Consejo o las que sean resueltas, a fin de garantizar el cumplimiento de sus objetivos, atribuciones, obligaciones legales y reglamentarias.

**Art. 33.- De las funciones del Presidente.** - Son funciones del Presidente:

- a) Convocar y presidir las sesiones del Pleno del Consejo y del Directorio;
- b) Participar con derecho a voz y voto en el Pleno y en el Directorio;
- c) Presentar al Directorio la terna para la elección del Director Ejecutivo;
- d) Dirimir con su voto, las decisiones que en caso de empate se presenten en las sesiones del Pleno del Consejo y del Directorio;
- e) Dirigir las acciones interinstitucionales e intersectoriales para la aplicación

de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, su reglamento y demás normas vigentes;

- f) Cumplir y hacer cumplir los acuerdos, las resoluciones y decisiones adoptadas en las sesiones ordinarias y extraordinarias del Pleno del Consejo y su Directorio;
- g) Promover, impulsar y apoyar activamente la consecución de recursos y apoyos internos y externos que posibiliten la ejecución de los planes, programas y proyectos aprobados por el Pleno del Consejo y del Directorio;
- h) Suscribir conjuntamente con el Secretario las actas de las sesiones del Pleno y del Directorio; y
- i) Las demás que le asignen la ley, el reglamento y el estatuto.

**Art. 34.- De la Dirección Ejecutiva.**- La Dirección Ejecutiva, órgano técnico administrativo del Consejo, está conformada por el Director Ejecutivo, las comisiones y las instancias de apoyo administrativo.

**Art. 35.- De las funciones del Director Ejecutivo.**- Además de las descritas en el Art. 20 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, cumplirá las siguientes funciones:

- a) Dirigir y coordinar el Plan Operativo para el funcionamiento interno del Consejo Nacional de Salud, presentar informes para la aprobación del Directorio y rendir cuentas de su ejecución a esta instancia y al Pleno del Consejo;
- b) Organizar las comisiones del Consejo, cumpliendo con las disposiciones señaladas en este reglamento, el estatuto y reglamento internos del Consejo Nacional de Salud;
- c) Coordinar el trabajo de las comisiones, realizando el seguimiento sobre el avance de los planes y programas, los resultados logrados y las acciones ejecutadas;
- d) Coordinar acciones interinstitucionales e intersectoriales para la organización del Sistema Nacional de Salud;
- e) Presentar a consideración del Directorio y aprobación del Pleno, los proyectos de reformas legales a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, su reglamento y los proyectos de reglamentos que se requieran tanto para la institucionalización como para el funcionamiento del sistema;
- f) Preparar la documentación, justificaciones de orden técnico, estudios o investigaciones que se requieran para las reuniones del Pleno y del Directorio;
- g) Intervenir con derecho a voz en las reuniones del Pleno y del Directorio;
- h) Previa autorización del Directorio, suscribir los convenios requeridos para la aplicación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y la ejecución de los planes de salud;
- i) Nombrar al personal técnico y administrativo del Consejo Nacional;
- j) Elaborar las agendas de las reuniones ordinarias y extraordinarias del Pleno y del Directorio y ponerlas a consideración del Presidente de acuerdo al presupuesto;

- k) Aprobar y suscribir los contratos y adquisiciones hasta por un monto el cual será determinado por el Consejo Nacional de Salud;
- l) Asegurar la correcta y oportuna utilización de los recursos financieros;
- m) Elaborar los informes sobre el estado de la ejecución presupuestaria y demás informes y presentarlos para aprobación por parte del Directorio o del Pleno del Consejo, según corresponda;
- n) Suscribir con el Presidente las actas de las sesiones ordinarias y extraordinarias del Pleno y del Directorio; y,
- o) Las demás funciones que el Pleno del Consejo, el Directorio o su Presidente le asignen.

**Art. 36.- De las comisiones.**- Son comisiones del Consejo Nacional de Salud las siguientes:

- ⇒ Planificación, Seguimiento y Evaluación.
- ⇒ Financiamiento.
- ⇒ Medicamentos e Insumos.
- ⇒ Recursos Humanos.
- ⇒ Organización y Participación Social.
- ⇒ Promoción de la Salud.
- ⇒ Bioética.
- ⇒ Ciencia y Tecnología.
- ⇒ Las demás que el Directorio decida a futuro.

**Art. 37.- De la Comisión de Planificación, Seguimiento y Evaluación.**- La comisión está conformada por delegados técnicos de las entidades del sistema, con poder de decisión y con formación o experiencia en planificación. En el estatuto interno, que deberá ser aprobado por el Directorio, se definirá el número de sus integrantes, la regularidad de sus reuniones y demás aspectos que faciliten su funcionamiento.

**Art. 38.- De las funciones de la comisión de Planificación, Seguimiento y Evaluación.**- La comisión cumplirá las siguientes funciones:

Formular la propuesta de Política Nacional y de los planes de salud, los cuales necesariamente serán el resultado de la participación activa y concertada de las instituciones que integran el sistema;

- a) Elaborar la propuesta del Plan Integral de Salud conjuntamente con las direcciones correspondientes del Ministerio de Salud Pública, el listado de prestaciones de salud que incluya los protocolos, los insumos, materiales, medicamentos y la propuesta del "Tarifario Referencial Anual de las Prestaciones de Salud" financiadas en dicho plan; presentarlos a consideración del Directorio, el cual, una vez analizado lo someterá a aprobación del Pleno del Consejo;
- b) Preparar los informes de seguimiento y evaluación de los planes Estratégicos

co Nacional e Integral de Salud, su eficiencia, calidad, eficacia y el grado de satisfacción de las usuarias/os y elevados a conocimiento del Directorio;

- c) Participar en el diseño, desarrollo y ejecución del Sistema Común de Información Sectorial;
- d) Realizar el seguimiento de la aplicación interinstitucional del Sistema Común de Información Sectorial, como base para la planificación, la toma de decisiones, el diagnóstico y la evaluación del proceso de organización del Sistema Nacional de Salud, los planes, programas y proyectos, en coordinación con las dependencias competentes del Ministerio de Salud Pública, del Instituto Nacional de Estadística y Censos y demás organizaciones e instituciones vinculadas al tema;
- e) Preparar para conocimiento del Directorio informes de avance de la organización del sistema;
- f) Planificar e impulsar las acciones y procesos de mejoramiento de la calidad en los servicios de salud del sector; y,
- g) Las demás que el Pleno del CONASA, el Directorio o el Presidente le asignen.

**Art. 39.- De la Comisión de Financiamiento.-** La comisión está conformada por delegados técnicos de las entidades del sistema con poder de decisión, con formación o experiencia en salud pública o economía de la salud. En el estatuto interno, que deberá ser aprobado por el Directorio, se definirá el número de sus integrantes, la regularidad de sus reuniones y demás aspectos que faciliten su funcionamiento.

**Art. 40.- De las funciones de la Comisión de Financiamiento.-** La comisión cumplirá las siguientes funciones:

- a) Formular las propuestas de asignación de recursos provenientes del sector público o privado, nacional o internacional tomando en consideración su disponibilidad financiera, a fin de cumplir los planes de salud aprobados por el Pleno del Consejo;
- b) Realizar los estudios y análisis financieros necesarios a fin de identificar asignaciones y fuentes de financiamiento adicionales para cumplir los requerimientos de los planes de salud;
- c) Diseñar mecanismos tendientes a facilitar que se operativice la asignación equitativa de los recursos para garantizar la efectividad social de las intervenciones;
- d) Apoyar al Ministerio de Salud Pública en el monitoreo y análisis de la información financiera del sistema, que permita el conocimiento sobre las diferentes operaciones y relacionadas con los datos estadísticos de producción y coberturas previstas en el Plan Integral de Salud;
- e) Elaborar los documentos técnicos y normativos de soporte para la ejecución de la función de financiamiento del sistema y presentarlos al Director Ejecutivo quien lo someterá a la aprobación del Directorio; y,
- f) Las demás que le asignen el Pleno del Consejo, el Directorio o el Presidente.

**Art. 41.- De la Comisión de Medicamentos e Insumos.-** La comisión está conformada por delegados técnicos de las entidades del sistema con poder de decisión, sin

vinculación con las empresas farmacéuticas nacionales o internacionales y con formación o experiencia en: farmacología, salud pública, clínica, química, farmacia o administración de programas de medicamentos e insumos. En el estatuto interno, que deberá ser aprobado por el Directorio, se definirá el número de sus integrantes, la regularidad de sus reuniones y demás aspectos que faciliten su funcionamiento.

**Art. 42.-** De las funciones de la Comisión de Medicamentos e Insumos.- La comisión cumplirá las siguientes funciones:

- a) Elaborar y actualizar el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos y su registro terapéutico, de conformidad con las normas vigentes;
- b) Convocar, calificar y mantener actualizada la lista de las empresas proveedoras nacionales e internacionales que suministrarán medicamentos genéricos a las instituciones del sector salud y presentar los informes correspondientes para la aprobación del Pleno;
- c) Proponer los lineamientos de las políticas nacionales de medicamentos básicos y de insumos al Pleno;
- d) Brindar a las instituciones del sector, apoyo técnico sobre aspectos específicos relacionados con su especialidad; y,
- e) Las demás que el Pleno del Consejo, el Directorio o el Presidente le asignen.

**Art. 43.-** De la Comisión de Recursos Humanos.- La comisión está conformada por delegados técnicos de las entidades del sistema, con poder de decisión, con formación o experiencia en administración de recursos humanos en salud, docencia, organización y las demás que se requieran. En el estatuto interno, que deberá ser aprobado por el Directorio, se definirá el número de sus integrantes, la regularidad de sus reuniones y demás aspectos que faciliten su funcionamiento.

**Art. 44.-** De las funciones de la Comisión de Recursos Humanos.- La comisión cumplirá las siguientes funciones:

- a) Elaborar, proponer y someter a consideración y aprobación del Directorio del Consejo lo siguiente:
  - a.1) La política y el Plan Nacional para el desarrollo de los recursos humanos del sector salud;
  - a.2) El Sistema Nacional de Carrera Sanitaria, a fin de lograr un marco laboral que posibilite el desarrollo, la administración y la gestión desconcentrada, descentralizada y participativa de los recursos humanos. En dicho sistema también se determinarán los mecanismos para la valorización social, técnica y humana del personal, incluyendo criterios de equidad y de justicia en la remuneración del trabajo, según el desempeño y el reconocimiento al aporte individual y colectivo. Para este propósito trabajará con los organismos e instituciones especializadas del Estado;
  - a.3) Estándares de desempeño de los recursos humanos, que permitan elevar la calidad, eficiencia y calidez de los servicios de salud;
  - a.4) Las estrategias e instrumentos que garanticen la suficiencia, calidad y el desarrollo del talento humano en salud; y,
  - a.5) Los sistemas de cualificación, certificación y recertificación de los recursos humanos del Sector Salud;

- b) Elaborar conjuntamente con las instituciones de formación de recursos humanos, los criterios de producción y acreditación que permitan satisfacer las necesidades de tipo, calidad y número, de conformidad con el modelo de atención vigente y las necesidades cantonales, provinciales y nacionales;
- c) Promover la formación multidisciplinaria del talento humano para el desarrollo de la salud con carácter intercultural, que articule las medicinas tradicional y alternativa, con énfasis en la investigación y promoción de la salud;
- d) Apoyar la conformación del observatorio de los recursos humanos del sector salud como espacio indispensable para el desarrollo racional, integral y descentralizado de este recurso;
- e) Efectuar el seguimiento del cumplimiento de los criterios de certificación y recertificación de los recursos humanos del sector;
- f) Presentar al Consejo las propuestas de leyes, reglamentos, acuerdos u otros instrumentos legales que la comisión considere necesarios a fin de asegurar la salud integral de los recursos humanos del sector; y,
- g) Las demás que en el área de su competencia, le asigne el Pleno del Consejo, su Directorio o el Presidente.

**Art. 45.-** De la Comisión de Organización y Participación Social.- La comisión está conformada por delegados técnicos, con poder de decisión, de las entidades del sistema, con formación o experiencia en desarrollo local, organización social y las demás que se requiera. En el estatuto interno, que deberá ser aprobado por el Directorio, se definirá el número de sus integrantes, la regularidad de sus reuniones y demás aspectos que faciliten su funcionamiento.

**Art. 46.-** De las funciones de la Comisión de Organización y Participación Social.- La comisión cumplirá las siguientes funciones:

- a) Apoyar a los ámbitos provincial y cantonal y coordinar con las autoridades locales pertinentes, en la conformación y puesta en funcionamiento de los consejos provinciales y cantonales de salud, como estructuras idóneas para lograr la ejecución de las políticas de salud, en el contexto de la descentralización y participación comunitaria, a fin de que se fortalezcan y se constituyan en el eje vertebral del Sistema Nacional de Salud;
- b) Definir conjuntamente con las autoridades respectivas los requisitos, procedimientos y mecanismos de acreditación de los consejos provinciales y cantonales de salud, realizar las recomendaciones necesarias para su cumplimiento y llevar el registro de los documentos de soporte y existencia legal de dichos consejos provinciales y cantonales de salud;
- c) Impulsar y apoyar la participación paritaria de las organizaciones de la sociedad civil en la integración de los consejos de salud; y,
- d) Las demás que en el área de su competencia, le asignen el Pleno del Consejo, su Directorio o el Presidente.

**Art. 47.-** De la Comisión de Promoción de la Salud.- La comisión está conformada por delegados técnicos de las entidades del sistema y de otros sectores relacionados con la promoción de la salud con poder de decisión, con formación o experiencia en: salud pública, educación para la salud, comunicación en salud, desarrollo local, organización comunitaria y las demás que se requiera. En el estatuto interno, que deberá ser aprobado por el Directorio, se definirá el número de sus integrantes.

tes, la regularidad de sus reuniones y demás aspectos que faciliten su funcionamiento.

**Art. 48.-** De las funciones de la Comisión de Promoción de la Salud.- La comisión cumplirá las siguientes funciones:

- a) Impulsar en los distintos niveles del sistema procesos de promoción de la salud, a fin de lograr: el autocuidado, la reorientación de los servicios con enfoque de promoción, movilización social y participación comunitaria;
- b) Diseñar e impulsar los programas de comunicación social y capacitación continua, en los temas relacionados con la aplicación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, su reglamento, la política y los planes de salud;
- c) Impulsar y coordinar con los distintos niveles del sistema, la puesta en marcha de procesos de información, educación y comunicación;
- d) Promover el desarrollo y la incorporación de políticas saludables en el sistema;
- e) Impulsar el desarrollo de la promoción de la salud en el país y la inclusión de la perspectiva intersectorial en los planes de salud; y,
- f) Las demás que en el área de su competencia, le asignen el Pleno del Consejo, su Directorio o el Presidente.

**Art. 49.-** De la Comisión de Bioética.- La comisión está conformada con delegados técnicos de las entidades del sistema, con poder de decisión, con formación o experiencia en bioética. En el estatuto interno, que deberá ser aprobado por el Directorio, se definirá el número de sus integrantes, la regularidad de sus reuniones y demás aspectos que faciliten su funcionamiento.

**Art. 50.-** De las funciones de la Comisión de Bioética.- La comisión cumplirá las siguientes funciones:

- a) Orientar y promover los fundamentos de la bioética en el país, con énfasis en la defensa y el respeto a la vida;
- b) Proponer proyectos de normas que incorporen aspectos éticos en la investigación, formación académica y la práctica de salud y establecer los mecanismos de reglamentación;
- c) Proponer la incorporación de los principios de bioética en las políticas nacionales de salud pública;
- d) Diseñar estrategias y establecer mecanismos y procedimientos para la inserción de los principios bioéticos en los planes y programas del sector salud;
- e) Asesorar y emitir criterios técnicos solicitados por el Consejo Nacional de Salud o las entidades que integran el sistema respecto del cumplimiento de los principios de bioética o aspectos relacionados con ellos;
- f) Promover la deliberación sobre dilemas éticos actuales en la práctica e investigación en salud;
- g) Propiciar la creación de espacios para la discusión y solución de los problemas y dilemas éticos en salud a través de: publicaciones, eventos, y con-

formación de grupos, centros u organismos específicos para este efecto; y,

- h) Las demás que en el área de su competencia, le asignen el Pleno del Consejo, su Directorio o el Presidente.

**Art. 51.-** De la Comisión de Ciencia y Tecnología.- La comisión está conformada con delegados técnicos, con poder de decisión, de las entidades del sistema, con formación o experiencia en investigación en salud, salud pública y las demás que se requiera. En el estatuto interno, que deberá ser aprobado por el Directorio, se definirá el número de sus integrantes, a regularidad de sus reuniones y demás aspectos que faciliten su funcionamiento.

**Art. 52.-** De las funciones de la Comisión de Ciencia y Tecnología.- La comisión cumplirá las siguientes funciones:

- a) Participar con el Ministerio de Salud Pública en el diseño y evaluación de la política de investigación definida en el Art. 29 de la Ley del Sistema Nacional de Salud;
- b) Promover la elaboración de políticas sectoriales en los campos de sistema de información, conectividad y epidemiológica;
- c) Levantar el inventario de los recursos tecnológicos del sector salud como base para la estructuración de un sistema permanente de información en esta área;
- d) Promover el intercambio científico y tecnológico en el sector, a través de: publicaciones, eventos y conformación de grupos, centros u organismos específicos para este efecto;
- e) Apoyar el desarrollo de la investigación en salud en los temas y materias definidos en la política nacional de salud;
- f) Facilitar la coordinación interinstitucional de recursos para garantizar el funcionamiento del Sistema Común de Información Sectorial; y,
- g) Las demás que en el área de su competencia, le asignen el Pleno del Consejo, su Directorio o el Presidente.

**Art. 53.-** Del Consejo Provincial de Salud.- El Consejo Provincial de Salud, creado en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, es un organismo público, de carácter funcional, dotado de autonomía administrativa, que coordina la ejecución y gestión de las políticas y planes de salud en el ámbito provincial.

**Art. 54.-** De la estructura del Consejo Provincial de Salud.- El Consejo Provincial de Salud, para su funcionamiento contará con los siguientes organismos internos:

- a) El Pleno;
- b) El Directorio; y,
- c) La Dirección Ejecutiva.

**Art. 55.-** Integración de miembros al Pleno del Consejo.- El Consejo Provincial de Salud se conformará obligatoriamente en la primera asamblea general ordinaria. Su integración a más de los representantes con poder de decisión previstos en el inciso segundo del Art. 21 de la ley, se hará de conformidad con las siguientes normas:

- a) El Prefecto Provincial o su representante único y permanente, que es su presidente nato;

- b) El Director Provincial de Salud que ejerce la Secretaría Técnica y su participación será obligatoria, personal e indelegable salvo fuerza mayor o caso fortuito;
- c) Los representantes con poder de decisión del IESS y del Seguro Social Campesino si lo hubiere en el ámbito provincial;
- d) Para los representantes enunciados en los numerales 10 al 16 del Art. 7 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, se observará el siguiente procedimiento: recibida la convocatoria a la integración del Consejo, suscrita por el Prefecto Provincial, las entidades nombrarán el respectivo Colegio Electoral, el cual convocará, ejecutará y dirigirá el proceso de elección de representantes, de los cuales uno será principal y el segundo suplente. En lo que se aplicare se estará a las normas contenidas en la Ley de Elecciones en vigencia;
- e) Únicamente participarán en este proceso los organismos públicos y privados, con y sin fines de lucro que desarrollen acciones concretas de salud en el ámbito provincial y que a la fecha de convocatoria a elecciones hayan obtenido su personería jurídica; y,
- f) El proceso de elección o designación de representantes al Consejo Provincial de Salud deberá efectuarse dentro de los últimos 60 días laborables cada dos años, para lo cual el Prefecto conminará oficialmente a las organizaciones, entidades e instituciones, a iniciar dicho proceso.

**Art. 56.- Reuniones ordinarias y extraordinarias.-** El Pleno del Consejo se reunirá en forma ordinaria dos veces al año, la primera que tendrá lugar en la cuarta semana del mes de febrero y la segunda en la tercera semana del mes de julio de cada año. En forma extraordinaria se reunirá a iniciativa del Presidente del Consejo o a petición escrita de la tercera parte de sus miembros.

**Art. 57.- Funciones del Pleno del Consejo.-** Para el cumplimiento de las funciones previstas en el Art. 22 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, cumplirá las siguientes acciones:

- a) Aprobación del Plan Estratégico Provincial de Salud, en el marco de las políticas nacionales y del Plan de Desarrollo Provincial;
- b) Conocer y contestar las peticiones, denuncias u otros que fueren presentadas y debidamente sustentadas en el ámbito provincial, por las entidades y organismos integrantes del sistema, las organizaciones de la sociedad civil y los consejos cantonales de salud;
- c) Elección de entre sus miembros a los integrantes del Directorio;
- d) Participación activa en la organización y capacitación de las organizaciones de la sociedad civil;
- e) Ampliación de prestaciones del Plan Integral de Salud, en la medida en que cuente con financiamiento provincial y que propenda a la equidad;
- f) Otorgamiento del certificado de cumplimiento de los compromisos asumidos en el seno del Consejo a las entidades del sistema; y,
- g) Las demás acciones que el Pleno aprueben y que sean necesarias para garantizar el cumplimiento de sus funciones y objetivos.

**Art. 58.- Del Directorio del Consejo Provincial de Salud.-** El Directorio del

Consejo está integrado con los miembros elegidos por el Pleno. Lo preside el Prefecto o su representante único y permanente y la Secretaría Técnica la ejerce el Director Provincial de Salud.

**Art. 59.-** De las funciones del Directorio:

- a) Presentar para aprobación del Pleno, la propuesta del Plan Estratégico Provincial de Salud, diseñado en el marco de las políticas nacionales y del Plan de Desarrollo Provincial;
- b) Monitorear el cumplimiento de los compromisos para la ejecución del Plan Integral de Salud;
- c) Coordinar el cumplimiento de la referencia y contrarreferencia y los demás mecanismos necesarios para la provisión de servicios públicos y privados;
- d) En ausencia del Pleno, conocer y contestar las peticiones, denuncias u otras que fueren presentadas por las entidades y organismos integrantes del sistema, las organizaciones de la sociedad civil y los consejos cantonales de salud;
- e) Durante el mes de diciembre de cada año presentar informes de rendición de cuentas a la ciudadanía;
- f) Definir lineamientos para promover la participación activa de las organizaciones de la sociedad civil;
- g) Definir las comisiones que fueren necesarias;
- h) Elaborar y presentar los documentos sustentatorios para la ampliación de prestaciones del Plan Integral de Salud, en la medida en que cuente con financiamiento provincial y que propenda a la equidad;
- i) Recomendar al Pleno sobre la pertinencia del otorgamiento del certificado de cumplimiento de los compromisos asumidos en el seno del Consejo a las entidades del sistema;
- j) Reunirse y colaborar con la puesta en marcha de los planes de contingencia diseñados por el Ministerio de Salud Pública, en casos de emergencia sanitaria; y,
- k) Las demás funciones que el Pleno apruebe y sean necesarias para garantizar el cumplimiento de sus funciones y objetivos.

**Art. 60.-** De la Dirección Ejecutiva.- Está integrada por el Prefecto o su representante único y permanente y el Director Provincial de Salud.

**Art. 61.-** De las funciones de la Dirección Ejecutiva.- Son funciones de la Dirección Ejecutiva:

- a) Elaborar participativamente para conocimiento del Directorio los planes de salud provinciales, para lo cual seguirá los lineamientos detallados en los Arts. 6 y 7 del presente reglamento;
- b) Informar al Directorio sobre el grado de cumplimiento de los compromisos en la ejecución del Plan Integral de Salud y formular las recomendaciones pertinentes;
- c) Informar al Directorio sobre el cumplimiento de la referencia y contrarre-

ferencia y los demás mecanismos necesarios para la provisión de servicios públicos y privados y formular las recomendaciones pertinentes;

- d) Receptar las peticiones, denuncias u otras que fueren presentadas por las entidades y organismos integrantes del sistema, las organizaciones de la sociedad civil y los consejos cantonales de salud, proceder a las investigaciones pertinentes y entregar al Directorio los informes respectivos;
- e) Promover la participación activa de las organizaciones de la sociedad civil; y,
- f) Las demás funciones que el Pleno y el Directorio le asignen y sean necesarias para garantizar el cumplimiento de sus funciones y objetivos.

**Art. 62.- Del Consejo Cantonal de Salud.**- El Consejo Cantonal de Salud, creado por la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, es un organismo público, de carácter funcional, dotado de autonomía administrativa, que coordina la ejecución y gestión de las políticas y planes de salud en el ámbito cantonal.

En los casos en que la organización del sistema requiera de la mancomunidad de cantones, se organizará un solo Consejo de Salud para dicha mancomunidad.

**Art. 63.- Estructura del Consejo Cantonal de Salud.**- El Consejo Cantonal de Salud, para su funcionamiento contará con los siguientes órganos de decisión:

- a) El Pleno; y,
- b) La Presidencia.

**Art. 64.- Integración de miembros al Pleno.**- El Consejo Cantonal de Salud se integrará obligatoriamente en la primera asamblea general ordinaria del año de su conformación, cumpliendo las siguientes normas:

- a) El Alcalde del cantón, o su representante único y permanente que es su Presidente nato;
- b) El Jefe del área de salud quien ejerce la Secretaría Técnica. En caso de existir más de uno en un mismo cantón o mancomunidad de cantones, el Director Provincial de Salud nombrará a dicho representante;
- c) Los representantes con poder de decisión del IESS y del Seguro Social Campesino, si existieren en el ámbito cantonal;
- d) Únicamente participarán los organismos públicos y privados, con y sin fines de lucro que a la fecha de convocatoria, hayan obtenido su personería jurídica y realicen acciones de salud específicamente en el cantón de que se trate;
- e) El proceso de elección o designación de representantes al Consejo Cantonal de Salud deberá efectuarse dentro de los últimos 60 días laborables del año anterior a su integración, para cuyo efecto, el Alcalde, conminará a las organizaciones, entidades e instituciones, a realizar dicho proceso;
- f) Los demás integrantes que representen a las entidades determinadas en el Art. 7 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, se integrarán al Consejo Cantonal, única y exclusivamente en los casos en que la entidad a la que representen tenga programas y actividades específicas de salud en el cantón; y,
- g) La participación de la sociedad civil y de base comunitaria será paritaria en relación con el número de delegados de las instituciones, salvaguardando

la equidad social, de género, generacional y étnico-cultural.

**Art. 65.- Reuniones ordinarias y extraordinarias.**- El Pleno del Consejo Cantonal será convocado por el Alcalde o por iniciativa de un número de miembros que represente la tercera parte de sus integrantes. El Pleno se reunirá ordinariamente al menos cada dos meses y de forma extraordinaria las veces que considere necesarias.

**Art. 66.- De las funciones del Consejo Cantonal de Salud.**- Además de las previstas en el Art. 24 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, cumplirá las siguientes funciones:

- a) Elaborar, aprobar y evaluar, la política y el Plan Estratégico Cantonal de Salud, los cuales serán formulados participativamente, en el marco del Plan de Desarrollo Cantonal y presentados al Consejo Municipal;
- b) Remitir los planes cantonales al Consejo Provincial de Salud correspondiente, para su incorporación en el Plan Provincial;
- c) Celebrar los compromisos interinstitucionales requeridos para el funcionamiento de la red plural de prestadores y hacer la vigilancia de su cumplimiento;
- d) Evaluar el grado de cumplimiento de compromisos de los integrantes en la ejecución del Plan Integral de Salud, para lo cual la Secretaría Técnica establecerá mecanismos de seguimiento;
- e) Aprobar la inclusión de prestaciones adicionales al Plan Integral de Salud, en la medida en que cuente con financiamiento local;
- f) Participar activamente en la organización y capacitación de las organizaciones comunitarias, comités de usuarios y demás organizaciones en el nivel cantonal;
- g) Apoyar al Consejo Municipal en la formulación e implementación de políticas saludables;
- h) Durante el mes de diciembre de cada año presentar informes de rendición de cuentas a la ciudadanía;
- i) Conformar las comisiones que fueren necesarias para desarrollar los planes aprobados;
- j) Gestionar proyectos enmarcados en el cumplimiento de sus obligaciones y buscar alternativas de financiamiento, provenientes de organismos públicos y privados de carácter nacional e internacional;
- k) Otorgar del certificado de cumplimiento de los compromisos asumidos en el seno del Consejo a las entidades del sistema;
- l) Reunirse y colaborar con la puesta en marcha de los planes de contingencia diseñados por el Ministerio de Salud Pública, en casos de emergencia sanitaria; y,
- m) Las demás funciones que el Pleno del Consejo Cantonal o el Presidente le asignen y que sean necesarias para garantizar el cumplimiento de sus objetivos, atribuciones y obligaciones legales y reglamentarias.

**Art. 67.- De la Presidencia del Consejo Cantonal de Salud.**- La Presidencia del Consejo Cantonal es ejercida por el Alcalde del cantón o su representante único y permanente. Para su funcionamiento contará con una estructura técnico administrativa

mínima de conformidad con la ordenanza municipal que se dictare para el efecto.

El Jefe del Área de Salud del territorio específico ejercerá la Secretaría Técnica. En caso de existir más de uno en un mismo cantón o mancomunidad de cantones, el Director Provincial de Salud nombrará a dicho representante.

## CAPITULO IV

### DEL SISTEMA COMUN DE INFORMACION SECTORIAL

**Art. 68.- Del Sistema Común de Información Sectorial.**- Este sistema contiene la información cuantitativa y cualitativa en el orden estrictamente técnico de todas las instituciones del sector salud en el ámbito nacional y provee los datos de la situación de la salud en el Ecuador.

**Art. 69.- Subsistemas y componentes del sistema.**- El Sistema Común de Información Sectorial en Salud, está conformado por los siguientes subsistemas:

- a) Vigilancia Epidemiológica, con los siguientes componentes:
  - Alerta acción.
  - Vigilancia a problemas específicos.
  - Vigilancia alimentaria y nutricional.
  - Vigilancia ambiental y ocupacional.
  - Vigilancia laboratorial.
  - Vigilancia fármaco-terapéutica.
- b) Servicios de salud, con los siguientes componentes:
  - Sistema de producción de servicios ambulatorios.
  - Sistema de producción de servicios en internación y registros médicos.
  - Sistema de recursos humanos.
  - Sistema de infraestructura y recursos tecnológicos.
  - Sistema de recursos financieros;
- c) Vigilancia demográfica, de riesgos a la salud y condiciones de vida de la población;
- d) Vigilancia de la opinión de la población y grado de satisfacción del uso racional de recursos;
- e) Vigilancia a la calidad, pertinencia y uso de resultados de las investigaciones en el campo de la salud pública; y,
- f) Los demás que el Ministerio de Salud con el apoyo del Consejo Nacional de Salud considere necesarios y que cumplan los requisitos establecidos en el presente reglamento.

**Art. 70.- Elaboración y aprobación de normas de vigilancia epidemiológica.**- El Ministerio de Salud Pública en su calidad de autoridad sanitaria elaborará las normas,

procedimientos y estándares del subsistema de vigilancia epidemiológica y sus componentes, las que serán de cumplimiento obligatorio para todas las entidades del sistema.

Para los demás subsistemas enunciados en el artículo precedente, el Ministerio de Salud Pública elaborará los proyectos respectivos y los presentará para su concertación y aprobación al Pleno del Consejo Nacional de Salud.

**Art. 71.- Instrumentos y documentos de soporte.**- Los instrumentos, procedimientos y estándares para el levantamiento y clasificación de la información, que constituyen el soporte documental de los subsistemas y sus componentes, serán diseñados por el Ministerio de Salud Pública y posteriormente acordados con todos los actores del sector se exceptúan aquellos subsistemas, componentes e instrumentos que ya han sido probados e implementados por el Ministerio, los cuales continuarán siendo cumplidos por todas las instituciones del sector y a los que se añadirán las aplicaciones informáticas que se requieran para satisfacer las necesidades específicas de las entidades usuarias.

**Art. 72.- Requerimientos tecnológicos mínimos del sistema.**- El Ministerio de Salud Pública establecerá los requerimientos tecnológicos mínimos de conectividad, comunicaciones y enlaces que aseguren el adecuado flujo de la información, así como su ingreso y uso en el marco del Sistema Común de Información Sectorial.

**Art. 73.- Obligaciones de los usuarios del sistema.**- Las entidades usuarias del Sistema Común de Información Sectorial cumplirán las siguientes obligaciones:

- a) Ingresar y facilitar la información definida para el sistema;
- b) Adoptar la automatización para las aplicaciones de los subsistemas y sus componentes definidos;
- c) Ingresar la información en forma veraz, oportuna y pertinente; y,
- d) Aplicar la historia clínica única.

**Art. 74.- De la información confidencial.**- El sistema a través de sus instituciones garantiza la confidencialidad de los datos fundamentado en el derecho constitucional a la intimidad personal y familiar. El Ministerio de Salud Pública implantará los mecanismos necesarios para guardar confidencialidad respecto a: diagnósticos presuntivos, problemas de alerta sanitaria y desastres naturales, en estos casos, definirá los procedimientos para difundir información a los medios de comunicación, al público en general, a la comunidad científica, a los organismos internacionales y demás instituciones, privilegiando siempre el anonimato.

**Art. 75.- De la Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.**- Créase la Subcomisión de Monitoreo y Evaluación del Sistema Común de Información como parte integrante de la Comisión de Planificación, Seguimiento y Evaluación del Consejo Nacional de Salud, cuyas funciones primordiales son: efectuar el monitoreo y evaluación sistemática de la calidad de la información y las demás que se definan en el Estatuto Interno del Consejo, aprobado por el Directorio.

**Art. 76.- De la clasificación internacional de enfermedades.**- La aplicación y uso de la clasificación internacional de enfermedades será obligatoria en todos los niveles y entidades del Sistema Nacional de Salud.

**Art. 77.- De la historia clínica única.**- El Ministerio de Salud Pública, en su calidad de autoridad sanitaria, revisará y actualizará los formularios básicos y de especialidades de la historia clínica única para la atención de los usuarios, los mismos que serán posteriormente concertados y difundidos por el Consejo Nacional de Salud en

todas las instituciones prestadoras de salud del sector público, semipúblico y privado.

**Art. 78.- Obligatoriedad de uso de la historia clínica única.**- El uso y aplicación de la historia clínica única serán obligatorios en las instituciones de salud que integran el sistema.

**Art. 79.- Responsabilidad y custodia de la historia clínica.**- La historia clínica, en tanto prueba documental, estará bajo la responsabilidad y custodia de la unidad o establecimiento operativo del lugar de residencia del ciudadano; se propenderá que exista una sola historia clínica por persona que será la base para el sistema de referencia y contrareferencia.

## CAPITULO V

### DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS

**Art. 80.- Del cuadro nacional de medicamentos básicos.**- El Consejo Nacional de Salud, a través de la Comisión de Medicamentos e Insumos, mantendrá actualizado y difundirá oportunamente el cuadro nacional de medicamentos básicos, y su registro terapéutico.

**Art. 81.- De la concesión de registro sanitario.**- El Ministerio de Salud Pública a través de: la Dirección General de Salud, la Dirección Nacional de Control Sanitario y el Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Leopoldo Izquieta Pérez, dispondrá las medidas para la concesión del registro sanitario bajo parámetros de inocuidad, eficacia, calidad, bio-disponibilidad y bio-equivalencia.

**Art. 82.- Del control de calidad post-registro.**- El Ministerio de Salud Pública a través del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Leopoldo Izquieta Pérez, y de los laboratorios legalmente acreditados, efectuará el control de calidad post-registro de todos los medicamentos que se comercializan en el país como una medida para garantizar la calidad de los mismos y precautelar la salud de la población.

**Art. 83.- De la fijación y difusión de precios de medicamentos de uso humano.**- El Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección General de Salud mantendrá y difundirá el registro de los medicamentos de uso humano disponibles en el país y sus precios actualizados, aprobados por la Comisión Bi-Ministerial de Fijación de Precios.

**DEROGATORIAS.**- Derógase el Decreto Supremo No. 200, publicado en el Registro Oficial No. 42 del 17 de abril de 1972.

### DISPOSICIONES GENERALES

**Primera.**- Las resoluciones que se adopten en los consejos se tomarán por mayoría absoluta de más de la mitad de los votos de los asistentes. Previamente, se convocará a una concertación o consenso, mediante procedimiento formal que constará en acta. Sólo cuando no se obtenga el consenso, se procederá a las deliberaciones finales para recoger la votación que ha de definirse por mayoría absoluta.

**Segunda.**- Todas las administraciones tanto del Ministerio de Salud Pública como de las diferentes entidades que conforman el sistema, están obligadas a cumplir y hacer cumplir la política nacional de salud y los planes estratégicos de salud aprobados. En caso de incumplimiento se aplicarán las sanciones de ley.

**Tercera.**- Cuando medien circunstancias de caso fortuito o fuerza mayor debidamente probados, las entidades integrantes del sistema, podrán nombrar un repre-

sentante suplente, el cual asistirá a la sesión investido del suficiente poder de decisión.

**Cuarta.-** Todas las decisiones que se adopten de conformidad con lo establecido en este decreto deberán cumplir con lo dispuesto en el Reglamento para el Control de la Discrecionalidad de los Actos de la Administración Pública, publicado en el Registro Oficial No. 686 del 18 de octubre de 2002.

#### DISPOSICIONES TRANSITORIAS

**Primera.-** El Consejo Nacional de Salud, se conformará sesenta días después de la fecha de publicación en el Registro Oficial del presente reglamento, para lo cual el Ministro de Salud Pública, Presidente nato convocará a las entidades integrantes del sistema, en los términos señalados en este reglamento.

**Segunda.-** A partir de la promulgación del presente reglamento, los presidentes de los consejos provinciales y cantonales de salud, convocarán a las entidades integrantes a la primera asamblea de conformación.

**Tercera.-** Una vez conformados los consejos de salud tienen plazo de ciento ochenta días para elaborar y aprobar sus correspondientes estatutos y reglamentos.

**Cuarta.-** El plazo para el diseño de los formularios básicos que forman parte de la historia clínica única, será de un año calendario, a partir de la publicación en el Registro Oficial del presente reglamento.

**Quinta.-** Las normas de licenciamiento de los servicios de salud y los estándares mínimos indispensables serán establecidas por el Ministerio de Salud Pública en el plazo de un año a partir de la publicación del presente reglamento en el Registro Oficial y tendrán el carácter de obligatorios y de inmediato cumplimiento.



**Agenda Política del II Congreso  
Nacional por la Salud y la Vida  
Ecuador 2004 - 2006**

5

## **5. AGENDA POLÍTICA EN SALUD 2004-2006**

### **I. RESUMEN EJECUTIVO**

### **II. ENFOQUE DE SALUD Y DESARROLLO**

### **III. TEMAS DE LA AGENDA PROPUESTA**

#### **TEMA 1: OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO, EQUIDAD Y DERECHO A LA SALUD**

- 1.1. Marco general
- 1.2. Objetivos del Milenio
- 1.3. Lineamientos de la Política a partir de los Objetivos del Milenio
- 1.4 Mecanismos de seguimiento

#### **TEMA 2: POLÍTICA NACIONAL DE SALUD, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS**

- 2.1. Marco general
- 2.2. Lineamientos de la Política

#### **TEMA 3: MODELOS DE ATENCIÓN Y REDES PARA LA EXTENSIÓN DE COBERTURA EN SALUD**

- 3.1. Marco general
- 3.2. Lineamientos de la Política

#### **TEMA 4: ACCESO A LOS MEDICAMENTOS ESENCIALES**

- 4.1. Marco general
- 4.2. Lineamientos de la Política

#### **TEMA 5: RECTORÍA Y DESCENTRALIZACIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

- 5.1. Marco general
- 5.2. Lineamientos de la Política

#### **TEMA 6: FINANCIAMIENTO Y ACCESO UNIVERSAL DE SALUD**

- 6.1. Marco general
- 6.2. Lineamientos de la Política

#### **TEMA 7: PLAN DE ACCIÓN DEL CONASA**

# 5

## AGENDA POLITICA DEL II CONGRESO NACIONAL POR LA SALUD Y LA VIDA ECUADOR 2004 – 2006

### I. RESUMEN EJECUTIVO

En el Ecuador, como en la mayoría de nuestros países latinoamericanos, el sector salud enfrenta singulares desafíos para el establecimiento de Políticas de Estado que orienten y sostengan los procesos de cambio a largo plazo a fin de superar los vaivenes de coyunturas generadores de discontinuidades y retrocesos en el logro de objetivos de equidad, eficiencia, calidad y solidaridad en el acceso y cobertura de universal a los servicios de salud. Para ello, se consideró necesario la participación y movilización de los diversos actores del sector salud del Estado y la Sociedad Civil para generar los consensos básicos sobre los contenidos de la Política y el compromiso para su aplicación en cada una de las instancias involucradas.

A la vez, se reconoce la necesidad de conformar un espacio de abogacía permanente en los niveles de decisión y opinión nacional sobre la importancia de la salud para el bienestar y desarrollo humano personal y su impacto en el desarrollo económico del país como una inversión social prioritaria; asimismo, es evidente la urgencia de constituir actores sociales informados y participantes en procesos de veeduría ciudadana y de vigilancia de sus derechos.

Con este propósito, en mayo de 2002, se reunió el Primer Congreso Nacional por la Salud y la Vida en el que participaron 645 delegados de las instituciones del sector salud de todo el país. Dicho Congreso permitió impulsar en aquella ocasión la propuesta de Política Nacional de Salud y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, hoy vigentes.

La Declaración de Quito, suscrita por los participantes en este Primer Congreso, insta al Consejo Nacional de Salud a “institucionalizar el Congreso Nacional por la Salud y la Vida, a realizarse cada dos años, como espacio democrático de veeduría y consulta nacional sobre temas de trascendencia para la salud de la población del país” (MSP, CONASA, 2002: 40). Acogiendo este mandato, las autoridades del Ministerio de Salud Pública y del Consejo Nacional de Salud organizaron el II Congreso por la Salud y la Vida con el objetivo de evaluar el cumplimiento de la esta primera Declaración y los avances en materia de la Política Nacional de Salud, y construir una nueva Agenda Política en Salud para los próximos dos años.

De este modo, el Ministerio de Salud Pública y el Consejo Nacional de Salud, con el apoyo del Proyecto MODERSA, OPS/OMS, UNFPA y UNICEF, organizaron

el II Congreso realizado en la ciudad de Guayaquil, del 15 al 17 de Septiembre de 2004, el mismo que, además de evaluar el cumplimiento de la primera Declaración y presentar los avances y desafíos en la Política Nacional de Salud, se constituyó en un espacio de consulta nacional sobre los siguientes temas:

1. Objetivos de Desarrollo del Milenio, equidad y derecho a la salud
2. Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
3. Modelo de Atención y Redes para la Extensión de Cobertura
4. Acceso a los Medicamentos esenciales
5. Rectoría y Descentralización en el marco del Sistema Nacional de Salud
6. Financiamiento y Acceso Universal en Salud

Los temas fueron previamente analizados en 11 talleres regionales en todo el país en los que se consultó a más de 1.200 delegados de las instituciones del sector salud, cuyas propuestas y conclusiones fueron llevadas al seno del II Congreso por los delegados de las diversas entidades participantes, con el propósito de definir una Agenda Política de Salud que refleje el consenso nacional en torno a ellas.

A manera de sistematización extractada del documento técnico desarrollado a lo largo de esta publicación, se presenta un Resumen Ejecutivo de los principales lineamientos tratados en el IICNSV en Guayaquil, para esta Agenda en cada uno de los temas señalados:

### **1.1 Objetivos de desarrollo del milenio, equidad y derecho a la salud**

*Los 8 objetivos (O) y sus 18 metas (M) los cuales definen, a su vez, 48 indicadores generales (I) de los cuales 18 corresponden, específicamente, al sector salud, deben ser considerados como objetivos intersectoriales y sólo podrán lograrse en el Ecuador si el sector salud cobra el máximo poder político necesario mediante el liderazgo de las personas e instituciones involucradas, y la participación de las organizaciones de la sociedad civil en la construcción del Sistema Nacional de Salud, desde el nivel local de los Consejos Cantonales, el intermedio de los Consejos Provinciales, y el Central del Consejo Nacional de Salud. El eje central es el desarrollo humano y solamente en función de éste se justifica el crecimiento económico.*

*En este sentido, ¿cuánto podemos hacer los ecuatorianos por el logro de los Objetivos y Metas del milenio? Se debe comenzar por construir y fortalecer el poder político que requiere el sector salud, colectivamente, a partir de las estrategias locales y juntándolas con aquellas nacionales, en cada uno de los campos de nuestra experticia: la investigación, la docencia y el servicio, como proveedores o como usuarios.*

#### *Lineamientos básicos*

- ▶ *La Política Social del Estado debe integrar los Objetivos del Desarrollo del Milenio, adaptados a la realidad local y con la formulación de nuestras propias metas.*
- ▶ *Construcción de mecanismos que propicien la equidad, basada en la solidaridad y universalidad.*
- ▶ *Estructuración del Sistema Nacional de Salud capaz de armonizar todos los servicios del sector salud y reforzar su complementariedad desde el nivel local.*
- ▶ *Promoción y fortalecimiento de los Consejos Cantonales de Salud como espacio de coordinación y planificación local de las instituciones del SNS y del ejercicio de la rectoría.*

- ▶ *Mejora del proceso de gestión presupuestaria y observancia de un respeto irrestricto y oportuno del presupuesto para la salud.*
- ▶ *Redistribución de los recursos en función de las necesidades de los grupos más postergados.*
- ▶ *Focalización de los recursos mediante uso del quintil de pobreza de las zonas y áreas de intervención.*
- ▶ *Fortalecimiento de la sociedad civil mediante la información, capacitación y educación, a fin de promover un mayor conocimiento de los Objetivos del Milenio.*
- ▶ *Promoción de la rendición de cuentas a la ciudadanía como derecho ciudadano y como mecanismo de prevención de la corrupción.*

## **1.2. Política nacional de salud y derechos sexuales y reproductivos**

*La propuesta de Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos es una iniciativa que ha sido formulada colectivamente y socializada a instituciones del Estado de diverso nivel, como el H. Congreso Nacional, Consejo Nacional de las Mujeres, Consejo Nacional de la Salud; instituciones del Sistema de Naciones Unidas como UNFPA, UNICEF, OPS/OMS; la academia, como FLACSO; la cooperación internacional, como QAP, FCI; organizaciones no gubernamentales, como CEPAR, y otras que se sumarán en el futuro. El Ministerio de Salud Pública ha contado con un importante respaldo para construir un estado social de derecho donde todos los ciudadanos y ciudadanas disfruten de los beneficios del desarrollo y los avances científicos.*

*Esta propuesta de política pública, que fue puesta en consideración del IICNSV, parte de una profunda reflexión del marco legal nacional y acuerdos internacionales sobre la salud sexual y salud reproductiva y, especialmente, de las necesidades específicas de las mujeres y hombres ecuatorianas/os, a la vez que está direccionada por un enfoque basado en derechos, equidad, calidad y solidaridad.*

### **Lineamientos básicos**

- ▶ *Promoción en la sociedad ecuatoriana de los cambios culturales necesarios y de manejo de poder para fomentar la igualdad entre los géneros.*
- ▶ *Promoción, en la sociedad ecuatoriana, del reconocimiento, valoración y respeto a la interculturalidad para fomentar la igualdad de género, generacional, y étnica.*
- ▶ *Emprendimiento de acciones de discriminación positiva hacia las mujeres para fomentar la igualdad entre los géneros.*
- ▶ *Integración del individuo, la familia y la comunidad en los procesos de salud, cultura y desarrollo para garantizar la igualdad de oportunidades de género y generacionales.*
- ▶ *Implementación, en todas las acciones de la política pública, de la igualdad de oportunidades, derechos de hombres y mujeres de acuerdo a lo contemplado en el marco legal nacional e internacional.*
- ▶ *Implementación, en todas las acciones de la política pública, de la igualdad de oportunidades y derechos de las personas con diferentes orientaciones*

sexuales.

- ▶ *La reducción de la mortalidad materna, el aborto en condiciones de riesgo, el embarazo en adolescentes deben ser declarados problemas prioritarios de salud pública, responsabilidad del Estado.*

### **1.3. Modelo de atención y redes para la extensión de cobertura**

*El consenso en torno a un mismo modelo de atención que conjugue lo deseable, desde el punto de vista del bienestar de los usuarios, con lo posible, desde los intereses de cada una de las organizaciones, permitirá encontrar puntos de coordinación y complementación entre las redes de servicios de por lo menos las principales organizaciones que brindan atención de salud en el Ecuador.*

*Se denomina modelo de atención al “...conjunto de rasgos fundamentales que caracterizan las acciones, por medio de las cuales los establecimientos de salud interactúan con la colectividad, al prestar sus servicios. Estas acciones se dan en dos tipos de interlocución: individual y colectiva” (León, N., 2000). Desde el punto de vista de una aproximación cultural, el modelo de atención es “la construcción social que sustenta una práctica social en salud. Una práctica social en salud es una respuesta individual o colectiva a una o más necesidades de salud” (Congreso Medicina Familiar, 2004).*

*Los rasgos particulares de un modelo de atención responden a la concepción de salud subyacente. El modelo de atención se torna la estrategia por medio de la cual los establecimientos de salud contribuyen a la vigencia de esa noción de salud. El modelo de atención es la línea orientadora de la organización de la prestación de servicios de salud. Es por ello que su definición es fundamental para, en función de ella, establecer el modelo de organización de los servicios, de gestión de los mismos e, incluso, de financiamiento. Estos aspectos deben ser tratados conjuntamente con la definición del modelo de atención puesto que son los mecanismos por medio de los cuales es posible poner en práctica el modelo de atención deseado.*

#### *Lineamientos básicos*

- ▶ *Desarrollo de un modelo de atención de salud de aplicación obligatoria por todas las entidades que conforman el Sistema Nacional de Salud con las siguientes características: integral (eco-bio-psico-socio-cultural y espiritual), integrado, continuo, participativo, intersectorial, eficiente, eficaz, cálido, no discriminatorio, intercultural, coordinado, descentralizado, sustentable política y económicamente, con enfoque de género, intergeneracional, interétnico, solidario y dinámico.*
- ▶ *Las Áreas de Salud del Ministerio de Salud Pública se considerarán como el eje local de articulación y complementación de las redes plurales de salud de acuerdo a los lineamientos del Sistema Nacional de Salud y la rectoría del MSP.*
- ▶ *Promoción de los procesos de desconcentración y descentralización.*
- ▶ *Fortalecimiento del CONASA como ente coordinador del sector.*
- ▶ *Desarrollo de una cultura sanitaria de prevención y promoción de la salud.*
- ▶ *Conformación y organización de los consejos cantonales y provinciales de salud.*
- ▶ *Desarrollo de mecanismos y estrategias para que el acceso universal a los servicios de salud sea efectivo.*

- ▶ *Orientación de los servicios hacia la universalidad sin discriminación social o económica, de género o étnica, con adecuación a las creencias culturales de las personas, organizados según una red de servicios que priorice la población de mayor riesgo y utilice, en forma óptima, los diferentes recursos.*
- ▶ *Generación de espacios de participación inter-sectorial (trabajo, agricultura, bienestar social, gobiernos locales, comunidad) que viabilicen la corresponsabilidad social y fomenten el mejoramiento de los servicios básicos relacionados con la salud, la promoción de la salud y el saneamiento ambiental.*
- ▶ *Desarrollo de mecanismos suficientes para atender a la diversidad de la población ecuatoriana con la medicina tradicional, ancestral, alternativa y complementaria.*
- ▶ *Implementación de un modelo de Atención con estrategia de APS y enfoque de género, intercultural y orientado hacia la familia por medio de un Plan de Salud con amplia participación ciudadana.*
- ▶ *Cumplimiento del proceso de licenciamiento tal como lo establece el Ministerio de Salud Pública y, a futuro, mediante certificación y acreditación de los servicios de salud.*
- ▶ *Ampliación de los servicios de salud para adolescentes y promoción de su derecho a la atención de su salud sexual y reproductiva, reconociendo su autonomía y derecho a decidir.*
- ▶ *Incremento de la cantidad y calidad de los recursos humanos, de acuerdo a las necesidades de la población, a la vez que garantizar su estabilidad mediante la creación de nuevas partidas.*
- ▶ *Eliminación del clientelismo y tráfico de influencias en la selección, elección y nombramiento de los recursos humanos en salud, en todos sus niveles.*

#### **1.4. Acceso a los medicamentos esenciales**

*Cada vez existe mayor evidencia de la importancia de los medicamentos en el proceso de atención integral de la salud en tanto constituye un insumo crítico de la misma, tanto por su contribución terapéutica como por las dificultades que implica su acceso en condiciones de equidad y por las garantías de calidad, seguridad y eficacia. Por ello, el concepto de medicamentos esenciales y la garantía de su acceso son dos categorías clave cuyo análisis es necesario para identificar aspectos a ser aplicados en las políticas.*

*Un análisis de las cifras de comercialización e inversión pública y privada para la adquisición de medicamentos evidencia la falta de protección y cobertura en este rubro por parte del Estado.*

##### *Lineamientos básicos*

- ⇒ *Exigibilidad del cumplimiento, por parte del MSP, de la Ley de Medicamentos Genéricos (Ley 2012) en todos los ámbitos para ampliar su disponibilidad en el mercado nacional (todas las farmacias privadas) y no sólo exigir su empleo por parte de las entidades públicas.*
- ⇒ *Garantía del acceso equitativo a la atención de salud, consecuentemente a los medicamentos, a los sectores sociales de menores recursos.*
- ⇒ *Diseño de políticas orientadas a favorecer la producción de medicamentos*

*genéricos de calidad a nivel nacional, a fin de mejorar su disponibilidad, tomando en cuenta la Ley de genéricos, y el Art. 28 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.*

- ⇒ *Facilitar a las empresas nacionales el proceso de importación y fomento de la fabricación nacional de medicamentos genéricos.*
- ⇒ *Exigibilidad de las normativas correspondientes para controlar la publicidad de los medicamentos, incluso los de venta libre, y así disminuir los niveles de autoconsumo y los riesgos asociados con su utilización indiscriminada.*
- ⇒ *Otorgamiento de licencias para importaciones en caso de enfermedades catastróficas y emergencias sanitarias y enfermedades prioritarias, de mayor impacto epidemiológico.*
- ⇒ *Inclusión obligatoria de medicamentos genéricos en procesos de atención integral y de calidad en servicios de salud del Estado, tanto a nivel ambulatorio como en internación, con subsidio a sectores de menores recursos.*
- ⇒ *Adquisición de medicamentos de acuerdo a estrictas necesidades y perfil epidemiológico local, mediante procedimientos transparentes.*
- ⇒ *El Estado debe garantizar la calidad de todos los medicamentos y en particular de los medicamentos genéricos para generar confianza en los prescriptores y consultantes.*
- ⇒ *Mejora del control de calidad pre y post registro de los medicamentos de expendio así como ampliación de la producción de medicamentos genéricos.*
- ⇒ *Promoción y vigilancia del uso racional de medicamentos y de las buenas prácticas de manufactura, así como los departamentos de farmacoepidemiología y farmacovigilancia.*
- ⇒ *Actualización más oportuna, por parte del CONASA, del CNMB y la re-actualización del proyecto de compra de medicamentos, reactivos, insumos (CONAMIRE) por intermediación directa mediante la centralización institucional de la compra única para el país.*
- ⇒ *Desarrollo de programas de capacitación a profesionales de salud, despachadores de farmacias y educación a la población para el uso racional de medicamentos.*
- ⇒ *Diseño de medidas de control y rendición de cuentas, necesarias para evitar los malos manejos en la compra de medicamentos y asegurar su correcta distribución.*

### **1.5. Rectoría y descentralización en el marco del Sistema Nacional de Salud**

*La descentralización del Estado haya su fundamento legal tanto en la Constitución de la República como en la Ley especial de Descentralización y Participación Social vigente desde Octubre de 1997.*

*La participación ciudadana en los procesos de descentralización permitirá que las decisiones alimenten políticas de desarrollo integral que consideren la gestión participativa de los planes y programas de salud desde las necesidades reales de la población.*

*En las políticas de organización y funcionamiento se debe considerar la estructuración del Sistema Nacional de Salud mediante instancias que permitan su funcionamiento desconcentrado, descentralizado y participativo, según los niveles territoriales de gobierno y con la más amplia representación democrática de la sociedad y respetando las leyes vigentes en la materia.*

*Asimismo, su sistema de gestión del personal será integral, de carácter moderno, descentralizado, desconcentrado, que estimule la creatividad, productividad, calidad y compromiso social al mismo tiempo que refuerce la defensa de los derechos ciudadanos y de los trabajadores.*

#### **Lineamientos básicos**

- ⇒ *El proceso de descentralización se realizará de acuerdo a la Constitución, la Ley Orgánica del SNS, la Ley de descentralización y sus reglamentos.*
- ⇒ *El MSP fortalecerá su ejercicio de rectoría con apoyo y coordinación de los gobiernos seccionales y demás integrantes del sistema nacional de salud.*
- ⇒ *La descentralización fortalecerá la construcción del Sistema Nacional de Salud sobre la base de la rectoría del Ministerio de Salud Pública y estará orientada a fortalecer la gestión local en salud.*
- ⇒ *Construcción de un sistema de articulación funcional para la gestión de la salud mediante la coordinación entre los Consejos Cantonales, Provinciales y el CONASA.*
- ⇒ *Los Gobiernos Provinciales y cantonales cumplirán un rol de coordinación y gestión en su territorio.*
- ⇒ *Descentralización de funciones y presupuestos especialmente en áreas rurales y urbano-marginales, con la participación de los gobiernos seccionales.*
- ⇒ *Fortalecimiento de la gobernabilidad local para promover el desarrollo humano y, en particular, para vigilar el acceso equitativo a los servicios básicos como los de la salud.*
- ⇒ *Formulación del plan nacional de necesidades y diseño de mecanismos desconcentrados de adquisición.*
- ⇒ *Estructuración y organización del traspaso de competencias a los gobiernos seccionales de acuerdo a sus características, con estricto cumplimiento de la Ley.*
- ⇒ *Exigibilidad del cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita a los gobiernos seccionales, creando comités de gestión de fondos y viabilizando la conformación de Comités de usuarios.*
- ⇒ *Coordinación de actividades con todos los entes de salud; organización de los consejos cantonales de salud de acuerdo a la ley; apoyar a la promoción de salud, al saneamiento ambiental y entornos saludables.*
- ⇒ *Fortalecimiento y complementación de los servicios y recursos entre el MSP y los gobiernos locales.*
- ⇒ *Promoción de acciones favorables al medio ambiente, ampliación de servicios básicos, agua potable y alcantarillado.*

- ⇒ Conformación de, funcionamiento y seguimiento a los Consejos Cantonales y Provinciales que permita liderar la integración interinstitucional y actuar como rectores de políticas locales de desarrollo.

## 1.6. Financiamiento y acceso universal en salud

*En América Latina, desde comienzos de la década de los 90, aunque con variados enfoques, se iniciaron procesos de Reforma del Sector Salud (RSS) con el propósito de mejorar el acceso, la calidad y eficiencia de los servicios de salud. Los resultados en cada país han sido diversos según su viabilidad política, aceptación social y factibilidad financiera e institucional involucrados en dichos procesos.*

*En los últimos dos años con el advenimiento del nuevo Gobierno Constitucional, ha sido destacado por el Vicepresidente de la República la propuesta del impulsar el Programa de Aseguramiento Universal de Salud como una forma de pago de la deuda social y estrategia de incremento de la cobertura en salud.*

*La búsqueda de lograr el acceso universal a servicios y acciones de salud para toda la población constituye, sin duda, una de las metas de política pública más importantes para el desarrollo social y económico de los países a la par que para el mejoramiento de la calidad de vida y salud de todos los ciudadanos.*

*Con el propósito de diseñar alternativas efectivas para la protección social en salud, es necesario considerar los marcos jurídicos y políticos vigentes para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, la reforma a la Seguridad Social, la propuesta de Aseguramiento Universal, los avances en la aplicación de la ley de Maternidad Gratuita y las propuestas recientes de Extensión de Cobertura en Salud como insumos básicos para la formulación e implementación de iniciativas de Cobertura Universal en Salud como objetivo de largo plazo; al mismo tiempo, se deberá contar con una estrategia de financiamiento adecuada a sus etapas progresivas de desarrollo.*

### Lineamientos básicos

- ⇒ Mejora del proceso de gestión presupuestaria y la observancia de un respeto irrestricto y oportuno del presupuesto para la salud.
- ⇒ Generación de mecanismos de financiamiento sostenible que garanticen acceso universal a servicios integrales de salud.
- ⇒ Fomento y fortalecimiento de la gestión descentralizada y participativa del financiamiento para la salud en el marco de las políticas nacionales de salud.
- ⇒ Implementación de abogacías para garantizar los recursos públicos que hagan posible el acceso universal a servicios sociales integrales de salud, especialmente para mantener y superar los logros de salud pública (Inmunizaciones, control deficiencia de yodo y otros).
- ⇒ Ampliación del financiamiento y las prestaciones de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.
- ⇒ Optimización de la Ley de Maternidad Gratuita integrando el fondo solidario local de salud e inyección de recursos para promoción y prevención en salud sexual y reproductiva, considerando la interculturalidad y la diversidad socio-cultural.
- ⇒ Integración de los recursos del Ministerio de Salud, Seguridad Social y aportes ciudadanos, en el marco del SNS, para que sea posible establecer un seguro solidario nacional.

- ⇒ *Estructuración de un modelo de aseguramiento universal en donde la seguridad social sea real, con la integración y sensibilización de todas las Instituciones integrantes del Sistema Nacional de Salud.*
- ⇒ *Impulso de una reforma legal para que la inversión en capital humano no sea considerado como gasto corriente en el marco de la Ley de Transparencia.*
- ⇒ *Complementar los diferentes esquemas de prestación y aseguramiento para crear un sistema de protección social basada en la solidaridad, equidad y eficiencia capaz de atender grupos sociales vulnerable (tercera edad, adolescentes embarazadas, discapacitados, infantes, jóvenes) y respete la etnia, las preferencias sexuales y la diversidad cultural.*
- ⇒ *Incremento del financiamiento de las Áreas de Salud y vigilancia de su correcta ejecución dando énfasis en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.*
- ⇒ *Elaboración de planes de acción que incluyan el presupuesto, en el seno del Consejo Cantonal de Salud y generación de espacios de socialización y veeduría ciudadana.*
- ⇒ *Asignación eficiente, efectiva y oportuna del presupuesto de salud .*
- ⇒ *Creación de un Fondo Nacional de Salud (porque en la actualidad hay dispersión y duplicación del gasto) en cuya gestión se verifique la transparencia y la rendición de cuentas.*
- ⇒ *Para el financiamiento sustentable, son indispensables la optimización de recursos, la minimización de costos y los aportes provenientes de diferentes sectores nacionales, locales, etc.*

En suma, los resultados generados por el II Congreso, (Agenda Política en Salud y Declaración de Guayaquil) representan en buena medida las demandas y expectativas provenientes de los diferentes actores del sector salud respecto a la puesta en práctica de las orientaciones de la Agenda Política en Salud y la Declaración de Guayaquil. Tal como señaló el Ministro de Salud en el acto inaugural, "...este gran esfuerzo organizativo y de movilización de voluntades de todos los participantes aquí presentes se justifica en la medida que los consensos a los que se arriben en las diferentes materias a discutirse, devengan en propuestas concretas, viables, que aporten las directrices para la acción pública pero también el compromiso de todos con los más caros intereses de la salud del pueblo ecuatoriano, los cuales deberán ser vigilados permanentemente".

Esperamos, en consecuencia, que este documento sea útil como guía para la acción de todos los sectores involucrados en el quehacer de la salud pública nacional y se constituya en la base para la rendición de cuentas con ocasión del próximo encuentro a realizarse en Cuenca, en el 2006.

## II. ENFOQUE DE SALUD Y DESARROLLO

Los talleres del Precongreso, que tuvieron lugar en diversas provincias, se enfocaron en **las interacciones entre salud y desarrollo**, aspecto crucial y determinante para las políticas públicas en salud. Las opiniones obtenidas en los mencionados talleres expresan un *leit motiv* que se hizo presente también en el Congreso al reconocer que dicho enfoque debe estar presente al plantear los objetivos y los derroteros que oriente a todos los actores comprometidos en el sector salud durante los próximos años, tanto a los que pertenecen al estado

como a la sociedad civil representados en sus instituciones e individuos.

Es necesario luchar frontalmente contra la pobreza y la corrupción a todo nivel a través de la educación y el mejoramiento de los controles, estableciendo mecanismos de transparencia, asegurando el derecho a la información y promoviendo la rendición de cuentas como derechos ciudadanos y mecanismos de prevención de la corrupción.

Asimismo, se debe impulsar un estilo de democracia más participativa para lograr la sostenibilidad de los procesos e involucrar a todos los ecuatorianos en la construcción de las leyes y en la rendición de cuentas en todos los niveles, fortaleciendo a la sociedad civil mediante capacitación e información así como a través de la creación de espacios de participación comunitaria.

En el manejo macroeconómico es necesario reducir el pago de la deuda externa en beneficio de la inversión social para brindar mayor atención a la deuda social interna.

Para lograr seguridad alimentaria, se requiere mejorar el ingreso familiar mediante el incremento de fuentes de trabajo, la estabilidad en los puestos de trabajo y la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres, al potenciar la producción agrícola/industrial nacional y protegerla frente a la inequitativa competencia extranjera, al tiempo que se fomenta la cultura alimentaria para favorecer el consumo interno de alimentos de calidad que permitan mantener una vida saludable.

El principal objetivo social para el desarrollo humano debe consistir en que la salud y la educación se constituyan en la principal política de estado. Al mismo tiempo, se deberá fortalecer la coordinación intersectorial en todos los niveles y focalizar los recursos hacia los más necesitados, para lo cual se sugiere el uso de quintiles de pobreza.

El hilo conductor de los objetivos del Congreso por la Salud y la Vida se articula con los siguientes temas clave:

- ▶ **Objetivos del milenio:** Su incorporación implica desarrollar un sistema de monitoreo de la calidad de vida según las metas en ellos establecidas a través de su difusión, de su adecuación a la realidad nacional y su integración a la Política Social del Estado, desarrollando metas específicas en base al estudio de nuestra realidad. También es necesario promover el empoderamiento del sector salud y de los gobiernos locales para que integren estos objetivos en los planes locales.
- ▶ **Equidad:** Se impulsará su promoción mediante mecanismos basados en la aplicación eficaz, eficiente y efectiva de los principios de solidaridad y universalidad así como en la redistribución de los recursos según las necesidades y asignación de recursos suficientes para la salud con énfasis en zonas desprotegidas y grupos más vulnerables.
- ▶ **Sistema Nacional de Salud (SNS):** Se propenderá a su fortalecimiento en el Marco de la Ley Orgánica del SNS, como un sistema integrado a partir de los niveles locales que haga posible conformar un sistema único y articulado de los servicios de salud, organizado de acuerdo a la realidad y la demanda local. Entre los rasgos de su perfil institucional constan los siguientes: enfoque descentralizado del trabajo, con amplia participación social y generador de sinergias y coordinación que permita optimizar recursos; el sistema deberá ser conducido por los Consejos Cantonales de Salud, evitando la superposición o interferencia a través de la ejecución de procesos paralelos y desarrollando planes de desarrollo local participativo, con el ejercicio real de la rectoría y el mejoramiento de la oferta de servicios. La conformación y seguimiento de un Sistema Único de información es un aspecto fundamental del Sistema.

- ▶ **Rectoría del MSP:** Debe ser reconocida por todos los integrantes del SNS en el afán de fortalecer el marco regulatorio del sector, a cargo de la autoridad sanitaria. Para ello, se deberá tomar en cuenta la aprobación y difusión de las propuestas de reforma al Código de la Salud que tuvieron lugar en el Congreso Nacional orientadas a lograr un ejercicio eficiente y efectivo de las rectorías
- ▶ **Descentralización y desconcentración de la salud:** Su promoción implica una adecuada coordinación interinstitucional e intersectorial y definición de competencias, con descentralización de funciones y presupuestos, especialmente en las áreas rurales y urbano-marginales. El proceso debe tener lugar con la participación de los gobiernos seccionales y en base a los Consejos Cantonales de Salud cuidando de no reducir la descentralización a la municipalización.
- ▶ **Acceso universal a los servicios:** Es fundamental desarrollar mecanismos y estrategias tales como optimizar los sistemas de referencia y contrareferencia superando barreras geográficas y culturales; asimismo, se realizarán esfuerzos compartidos y se fomentará el conocimiento y el ejercicio de los derechos ciudadanos para que el acceso a los servicios de salud y las leyes de protección social sea efectivas.
- ▶ **Modelo de Atención Integral:** El IICSV considera necesario impulsar la provisión de servicios mediante la aplicación efectiva del Modelo, con estrategia de APS y Promoción de la Salud, eficiente, de calidad, con calidez, aplicado en el nivel local, con enfoque de género, intercultural y dirigido a la familia. El Modelo se adaptará a la cultura local, respetando sus formas comunicativas idioma y saberes, por medio de un Plan de Salud con amplia participación ciudadana y tomando en cuenta un Sistema de Garantía de Calidad de la Prestación de Servicios de Salud. El Modelo prevé el cumplimiento del proceso de licenciamiento, certificación y acreditación de los servicios de salud como lo establece el MSP y permitirá mejorar la oferta para satisfacer la demanda en todos sus niveles mediante la conformación de redes plurales de servicios para ampliar las coberturas de atención al considerar otros sectores, como los adolescentes y ancianos; por último, el Modelo de atención integral cumplirá la Ley de Maternidad Gratuita.
- ▶ **Presupuesto de la salud:** Es necesario garantizar la inversión financiera para el sector salud conforme a la normativa constitucional y viabilizar la ejecución del presupuesto. Además, se debe desarrollar una estrategia de incremento progresivo del porcentaje del producto interno bruto (p.i.b.) asignado a la salud mediante la sensibilización y demanda al Ministerio de Finanzas respecto a la importancia del presupuesto para la salud y la implementación de mecanismos de negociación entre el CONASA y el MEF.
- ▶ **Participación y control social:** Se impulsará la solidaridad colectiva a través de las siguientes estrategias: a. Desarrollo de programas de información, educación y comunicación para la concientización ciudadana en materia de salud; b. Capacitación a los usuarios sobre derechos, deberes y responsabilidades en salud; c. Promoción de la corresponsabilidad y rendición de cuentas, veeduría social y participación de la sociedad civil en la formulación, implementación, ejecución y evaluación de políticas.
- ▶ **Interculturalidad:** Se fomentará una actitud respetuosa de las prácticas y conocimientos médicos de los pueblos procurando vincular la medicina tradicional y occidental; respetar la competencia entre las diferentes prácticas de la medicina mediante su acreditación para evitar la explotación, riesgos y muerte. El reconocimiento de la interculturalidad es fundamental para garantizar el acceso equitativo y universal a los servicios de atención integral de salud a través de la implementación de redes de servicios. Este enfoque implica, además, sistematizar experiencias positivas en medicina alternativa, educación y capacitación del personal de salud y del usuario para la aplicación de los derechos de intercul-

turalidad en los servicios de salud del país. Finalmente, el IICSV considera que se debe Impulsar el funcionamiento del Consejo de Interculturalidad del CO-NASA y tramitar la Ley de Medicina Tradicional en el Congreso Nacional.

- ▶ **Gestión local:** Reforzar la gestión local implica la programación en base a necesidades reales, el monitoreo y seguimiento del impacto social así como la evaluación del trabajo realizado; la capacitación permanente del personal en todos los niveles fortalecerá y desarrollará las capacidades de gestión de las diversas instituciones. La gestión local es fundamental para mejorar la Salud Pública y garantizar el acceso a la salud de toda la población.
- ▶ **Carrera sanitaria y estabilidad laboral:** Constituyen opciones fundamentales y su promoción implica reformar los currícula de las entidades formadoras para que el personal responda a las necesidades del nuevo modelo de atención y los niveles directivos desarrollen las capacidades gerenciales requeridas. También, es necesario desterrar los compromisos de orden político en los procesos de asignación cargos protegiendo la estabilidad del Recurso Humano y cumpliendo lo requerimientos de un perfil mínimo ocupacional.
- ▶ **Provisión de medicamentos:** Es necesario promover licencias para la producción de medicamentos esenciales a fin de abaratar los costos y garantizar su acceso a los sectores más desposeídos.
- ▶ **Sugerencias varias:** Los participantes consideran que se debe continuar y enriquecer el proceso de debate de la agenda política continua prevista en el II Congreso, integrando a los congresistas, las Cámaras y otros representantes de la empresa privada para alcanzar acuerdos así como a los medios de comunicación social. Por último, se debe promover la socialización de la Política y la Ley Nacional de Salud.

### III. TEMAS DE LA AGENDA PROPUESTA

#### TEMA 1: OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO, EQUIDAD Y DERECHO A LA SALUD

##### 1.1. Marco general

En el año 2000, el Ecuador y 188 Estados Miembros de las Naciones Unidas se reunieron en la Cumbre del Milenio y aprobaron ocho objetivos con 18 metas para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, la discriminación contra la mujer, la degradación de las tierras, el analfabetismo y la limitación comercial y financiera para el desarrollo, basados en normas previsibles y no discriminatorias promulgadas entre 1990 y 2015.

Todos los objetivos se relacionan, de una u otra manera, con la salud, según diferentes grados de especificidad, por lo que es menester conocerlos y analizarlos conjuntamente con sus metas e indicadores correspondientes. Es crucial entonces, que con la participación de la sociedad y los funcionarios institucionales, estos objetivos sean considerados en el marco general de la política económica y de la política social y de la construcción del Sistema Nacional de Salud. Entre sus líneas fuerza consta la de anteponer el desarrollo humano ya que solamente en función de éste se justifica el crecimiento económico en un contexto de globalización, reconociendo que<sup>3</sup> invertir en salud genera un círculo virtuoso de crecimiento económico y desarrollo humano.

3 Sachs, Jeffrey et. al: Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en pro del Desarrollo Económico. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, entregado a Gro Harlem Brundtland, Directora General de la OMS, Diciembre 2001.

Los objetivos<sup>4</sup> relacionados con la salud<sup>5</sup> pueden resumirse en **equidad para el desarrollo**, un enfoque que considera el principio de “igual acceso e igual utilización (dentro del servicio) para igual necesidad e igual calidad (disponible) para todos”. Quedan entonces abolidas la exclusión y las diferencias de clase, raza, credo, nacionalidad, género, edad, y otras, al tiempo que se garantiza el cumplimiento de los derechos humanos<sup>6</sup> que son universales, indivisibles e interdependientes<sup>7</sup>; corresponde a la obligación constitucional del Estado atender las necesidades sociales y garantizar este principio de equidad para el desarrollo.

## 1.2. Objetivos del Milenio

*Objetivo 1. Erradicar la extrema pobreza y el hambre.*

**Meta 1.** Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar por día.

**Meta 2.** Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.

*Objetivo 2. Lograr la educación primaria universal.*

**Meta 3.** Velar porque, antes de 2015, todos los niños y niñas puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.

*Objetivo 3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.*

**Meta 4.** Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza no después del 2015.

*Objetivo 4. Reducir la mortalidad en la infancia.*

**Meta 5.** Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años.

*Objetivo 5. Mejorar la salud materna.*

**Meta 6.** Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad derivada de la maternidad.

*Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.*

**Meta 7.** Haber detenido hacia 2015 y comenzado a contrarrestar la propagación del VIH/SIDA.

**Meta 8.** Haber detenido hacia 2015 y comenzado a contrarrestar la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves (Tb).

*Objetivo 7. Asegurar la sostenibilidad del medio ambiente.*

**Meta 9.** Integrar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales; y contrarrestar la pérdida de recursos del medio ambiente.

4 Whitehead, Margaret: Los conceptos y principios de la equidad en la salud, OPS/OMS 1991.

5 UNFPA 2004, LR.

6 Hurley, Deborah: Estrella Polar: Los Derechos Humanos en la sociedad de la información. Auditoría Democrática Andina, Quito, 2003.

7 Naciones Unidas: Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Declaración y Programa de Acción. Doc. A-Conf. 157-24, 25 junio, 1993.

**Meta 10.** Reducir a la mitad, antes de 2015, el porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible al agua potable.

**Meta 11.** Lograr antes del 2020 una considerable mejora de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.

*Objetivo 8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.*

**Meta 12.** Desarrollar aún más un sistema de intercambio comercial y financiero abierto, basado en normas previsibles y no discriminatorias. Ello incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos y la reducción de la pobreza, en cada país y en el plano internacional.

**Meta 13.** Atender las necesidades especiales de los países adelantados. Ello incluye un acceso de los mercados libres de aranceles y cupos para las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda oficial bilateral, además del otorgamiento de una más generosa asistencia oficial para el desarrollo a los países que hayan demostrado su determinación de reducir la pobreza.

**Meta 14.** Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo.

**Meta 15.** Encarar de manera integral los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales, a fin de que la deuda sea sostenible a largo plazo.

**Meta 16.** En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo.

**Meta 17.** En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo.

**Meta 18.** En colaboración con el sector privado, velar porque se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular las tecnologías de la información y las comunicaciones.

Como todos los objetivos tienen que ver con salud, aunque se especifican algunos para el sector, es menester conocerlos y analizarlos para tomarlos en cuenta, con sus metas correspondientes y respectivos indicadores, para la elaboración de las propuestas políticas que involucran también el marco general de la política económica y social. Para mencionar solo el primer objetivo, el Ecuador se ubica entre los cinco países de mayor pobreza de ingresos, junto con Haití, Bolivia, Honduras y Guyana.

En virtud de ello, la Presidencia de la República, a finales de abril de 2004, en la publicación del Decreto respectivo, afirma que “el Artículo 3 numeral 5 de la Constitución establece como deber primordial del Estado erradicar la pobreza y promover el progreso económico, social y cultural de los ecuatorianos”; en virtud de ello decreta, exclusivamente, en el Artículo 1, “Establecer como política de Estado la erradicación de la pobreza”, a la vez que menciona, en el Artículo 7, el compromiso de desarrollar “los informes oficiales, en especial de avance en el cumplimiento de los Objetivos del Milenio”.

Si se estableciera un diagnóstico a partir de las metas de los Objetivos del Milenio, la situación nacional es preocupante; en relación a la evaluación respecto a algunos de ellos, se debería reconocer que ni siquiera se cuenta con información consistente. Ante la gravedad de la situación es necesario, sin embargo, priorizar los acuerdos políticos en torno a pocos aspectos fundamentales, capaces de movilizar el compromiso colectivo a fin de no dispersar la atención y los recursos disponibles. El cumplimiento de estos objetivos, a su vez, plantea que lo primero es el desarrollo humano y que solamente en función de éste se justifica el crecimiento económico.

Los ODM, como objetivos intersectoriales, sólo podrán lograrse en el Ecuador si el sector salud cobra el máximo poder político necesario mediante el lideraz-

go de las personas e instituciones involucradas; para ello es crucial la participación de las organizaciones de la sociedad civil en la construcción del Sistema Nacional de Salud, desde el nivel local de los Consejos Cantonales, el intermedio de los Consejos Provinciales, y el Central del Consejo Nacional de Salud.

Es común en los países latinoamericanos, y particularmente en el Ecuador, anteponer las prioridades sociales a la hora de las campañas electorales y posponerlas a favor de las económicas durante el ejercicio del poder. Lo primero es obvio por las necesidades humanas insatisfechas de la mayoría de la población. Lo segundo se debe tanto a las presiones internacionales de las instituciones internacionales de crédito, y de las bilaterales de probables Tratados de Libre Comercio, como a la de actores nacionales que forman parte de las Cámaras de Comercio, Industrias y Producción cuando fomentan procesos de “competitividad” para que el Estado agilite los procedimientos legales y administrativos que favorezcan al sector económico.

La globalización, que propicia el intercambio de productos y su comercio, basada en los progresos tecnológicos de los medios de transporte y de comunicación, incluyendo las redes digitales, requiere, para este nuevo orden mundial, de la existencia de un mercado libre. Para insertarse en la globalización, los Estados deben ‘modernizarse’ y ‘reformular’ cada sector según propuestas de disminución del tamaño del Estado a fin de que éste no compita con la empresa privada en la producción y, ojalá, tampoco en la provisión de servicios.

Pero los procesos, según una forma alternativa de globalización, también pueden ser solidarios en el campo de la investigación, de la defensa de los derechos humanos, en el cuidado del ambiente; por eso se trata de sustituir el énfasis que se otorga a los factores económicos a favor de una propuesta social que parta de las necesidades sociales del desarrollo humano, entre ellas, la salud. Como señala Jeffrey Sachs<sup>8</sup>, invertir en salud no sólo mejora directamente el desarrollo humano; también genera crecimiento económico, y, por lo tanto, inicia un círculo virtuoso para dicho desarrollo.

### 1.3. Lineamientos de Política a partir de los Objetivos del Milenio

El Congreso, a partir del análisis de los objetivos, plantea una serie de lineamientos que se desarrollan a continuación:

#### 1.3.1. Lineamientos generales

- ⇒ La Política Social del Estado debe integrar los Objetivos del Desarrollo del Milenio, adaptándolos a la realidad local y conjugándolos con nuestras propias metas.
- ⇒ La salud y la educación son cruciales para el desarrollo del país y, por lo tanto, sectores prioritarios de inversión y desarrollo así como fuentes de política de estado.
- ⇒ La equidad, basada en la solidaridad y universalidad, se debe constituir en un criterio fundamental del sector de salud.
- ⇒ El pago de la deuda externa se debe reducir en beneficio de la inversión social y de los sectores prioritarios de salud y educación.
- ⇒ La promoción de la salud tendrá lugar en el contexto de la lucha frontal contra la pobreza y la corrupción a todo nivel.
- ⇒ Mejora del ingreso familiar mediante el incremento de fuentes de trabajo, de la estabilidad laboral y la promoción de la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres.

---

8 Sachs, Jeffrey et. al.: Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en pro del Desarrollo Económico. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, entregado a Gro Harlem Brundtland, Directora General de la OMS, Diciembre, 2001.

- ⇒ Potenciación y protección de la producción agrícola nacional frente a la producción extranjera para garantizar un sistema de seguridad alimentaria.
- ⇒ Reforma del Sector Salud como meta urgente.
- ⇒ Constitución de un sistema único e integrado de servicios salud articulado desde el nivel local.
- ⇒ Promoción de los consejos Cantonales de Salud como espacios de coordinación de las instituciones del SNS y el ejercicio de la rectoría.
- ⇒ Fomento de la complementariedad entre las instituciones mediante planes de desarrollo local a fin de superar la duplicidad de esfuerzos.
- ⇒ Promoción de los derechos de interculturalidad en los servicios de salud a través de la educación y capacitación del personal de salud y del usuario.
- ⇒ Promoción del conocimiento y el ejercicio pleno de los derechos, deberes y responsabilidades respecto a la salud a través de la educación y la capacitación.
- ⇒ El cumplimiento del código de ética de la atención en salud así como la realización de auditorías médicas y observancia del derecho de todo paciente a ser informado sobre su padecimiento y la toma de decisiones.
- ⇒ La aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita en los servicios de salud y en las comunidades.
- ⇒ No discriminación de las PVS por su sero-prevalencia.
- ⇒ Descentralización de la atención de los Pacientes Viviendo con SIDA (PVVS).

### 1.3.2. Evaluación

- ⇒ Evaluación del impacto en salud, de los programas y proyectos de desarrollo económico, tecnológico y social desarrollados tanto por organismos nacionales como internacionales.
- ⇒ Lucha contra la corrupción a través de la educación, la mejora en los procesos de control y de la implementación de mecanismos de transparencia y derecho a la información.

### 1.3.3. Intersectorialidad

- ⇒ Coordinación intersectorial en todos los niveles de salud, bajo la rectoría del MSP y según el principio de complementariedad.
- ⇒ Participación activa y coordinada del Sector Salud con otros sectores del Estado: vivienda, energía etc. para en conjunto mejorar la calidad de vida de la población
- ⇒ Adecuada coordinación interinstitucional e intersectorial, mediante una adecuada definición de competencias.

### 1.3.4. Aspectos legales (reformas)

- ⇒ Llevar a cabo el trámite de la Ley de Medicina Tradicional mediante solicitud al H. Congreso Nacional.
- ⇒ Fortalecimiento del marco regulatorio en salud, a cargo de la autoridad sanitaria.
- ⇒ Aprobación y difusión de las propuestas de reforma al Código de la Salud por parte del H. Congreso Nacional para poder realizar o ejercer las rectorías.

### 1.3.5. Servicios de salud

- ⇒ Vigilancia de los cambios en los grupos de edad en los que se presentan los mayores índices de mortalidad.
- ⇒ Licenciamiento y dotación de equipos a los servicios.
- ⇒ Mejoramiento de la calidad y calidez de la atención diversa (occidental – ancestral).
- ⇒ Incorporación del enfoque intercultural en la atención de la salud materno infantil.
- ⇒ Política de medicina preventiva y de promoción de la salud.

### 1.3.6. *Financiamiento*

- ⇒ Mejora del proceso de gestión presupuestaria y la observancia de un respeto irrestricto y oportuno del presupuesto para la salud así como garantizar la inversión financiera para el sector salud.
- ⇒ Asignación de recursos suficientes y redistribución en función de las necesidades de los grupos más vulnerables y zonas más postergadas.
- ⇒ Incremento del presupuesto de la salud conforme a la normativa constitucional y el desarrollo de una estrategia de incremento progresivo respecto del porcentaje del PIB.
- ⇒ Respeto del presupuesto de la salud para que no sea objeto de recortes durante su ejecución.
- ⇒ Negociación entre el CONASA y el MEF y sensibilización y demanda al Ministerio de Finanzas y Crédito Público sobre la importancia del presupuesto para la salud, de la necesidad de respetarlo a fin de que no sea objeto de recortes durante la ejecución.
- ⇒ Focalización de los recursos, para lo cual se sugiere uso de quintil de pobreza de las zonas y áreas de intervención.

### 1.3.7. *Recursos Humanos*

- ⇒ Capacitación de los recursos humanos del sector salud (como parteras y otros agentes de salud),
- ⇒ Distribución equitativa del personal de salud.
- ⇒ Capacitación en el manejo clínico de los pacientes inmuno-deprimidos.
- ⇒ Incorporación y coordinación efectiva de los agentes de la medicina ancestral en el sistema nacional de salud.

### 1.3.8. *Investigación*

- ⇒ El desarrollo de la ciencia y tecnología es política de estado.
- ⇒ Fomento del desarrollo de investigaciones prioritarias en el campo de la salud.
- ⇒ Fomento de una cultura de investigación en salud basada en principios de bioética.

### 1.3.9. *Educación*

- ⇒ La educación en bioseguridad, seguridad alimentaria, medio ambiente y salud, fitoterapia y medicina ancestral.
- ⇒ Fomento la cultura alimentaria para favorecer el consumo interno de alimentos de calidad que permitan mantener una vida saludable.

### 1.3.10. *Comunicación*

- ⇒ Difusión y promoción amplia del los Objetivos del Milenio (ODM).
- ⇒ Fortalecimiento de la sociedad civil mediante la información, capacitación y educación.
- ⇒ Difusión permanente de las acciones implementadas por el sector salud y sus resultados, exigiendo el uso de los espacios gratuitos.
- ⇒ Desarrollo de programas para la concientización ciudadana en materia de salud.

### 1.3.11. *Participación*

- ⇒ La participación ciudadana debe entenderse como la construcción de actorías en veeduría, planificación y evaluación así como en la capacidad de exigir rendición de cuentas.
- ⇒ Participación de la sociedad civil en la formulación, implementación, ejecución y evaluación de políticas.

## 1.4. Mecanismos de seguimiento

- ⇒ Fortalecimiento y promoción de las veedurías sociales y rendición de cuentas previa programación con la comunidad.
- ⇒ Aplicación de las veedurías como mecanismo de prevención de la corrupción y seguimiento de los ODM.
- ⇒ Activación, seguimiento y veeduría de los comités de control de mortalidad materna a nivel nacional.

## TEMA 2: PROPUESTA DE POLÍTICA NACIONAL DE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

### 2.1. Marco general

Para la elaboración de esta propuesta de política pública, que parte de una profunda reflexión del marco legal nacional y acuerdos internacionales, el Ministerio de Salud Pública ha contado con el apoyo, acompañamiento y compromiso de instituciones del Estado como el H. Congreso Nacional, el Consejo Nacional de las Mujeres y el Consejo Nacional de la Salud; de instituciones que forman parte del Sistema de Naciones Unidas, como UNFPA, UNICEF, OPS/OMS; de instituciones académicas, como la Universidad Central, la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Quito, la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO); de la cooperación internacional, como QAP y el FCI; de organizaciones no gubernamentales, como CEPAR, y otras que se sumarán en el futuro para construir una propuesta de Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, articulada en virtud de un enfoque basado en derechos, equidad, calidad y solidaridad que hará posible su pleno ejercicio.

La presente propuesta, considerada por los participantes del Congreso, toma en cuenta la Visión 2015, fecha prevista para el cumplimiento de los Objetivos del Milenio expresada en los siguientes términos:

***Visión 2015 : Mujeres y hombres gozando de una vida sexual plena y sin riesgo con acceso efectivo a la atención integral a la salud sexual y reproductiva basada en derechos, igualdad, equidad, solidaridad y participación ciudadana para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y el desarrollo.***

### 2.2. Lineamientos de Política

#### 2.2.1. Generales

- ⇒ Promoción de la igualdad entre los géneros a través de la generación de los cambios culturales necesarios y de manejo de poder así como del diseño acciones de discriminación positiva hacia las mujeres.
- ⇒ Promoción del reconocimiento, valoración y respeto a la interculturalidad para fomentar la igualdad de género, generacional, y étnica.
- ⇒ Integración del individuo, la familia y la comunidad en los procesos de salud, cultura y desarrollo para garantizar la igualdad de oportunidades de género y generacionales.
- ⇒ Implementación en todas las acciones de la política pública la igualdad de oportunidades, así como de los derechos de hombres y mujeres de acuerdo a lo contemplado en el marco legal nacional e internacional.
- ⇒ Implementación en todas las acciones de la política pública la igualdad de oportunidades y derechos de las personas con diferentes orientaciones sexuales.

- ⇒ Declarar a la reducción de la mortalidad materna, al aborto en condiciones de riesgo, al embarazo en adolescentes, como problemas prioritarios de salud pública, responsabilidad del Estado,

### 2.2.2. *Derechos*

- ⇒ Pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a fin de acortar la diferencia entre las normativas y su aplicación en la realidad.
- ⇒ Inclusión del enfoque de derechos en las acciones institucionales y de la sociedad civil.
- ⇒ La no discriminación por género, etnia, edad, orientación sexual, discapacidad, condición de salud, condición socioeconómica, tipo de actividad y otras será implementada en todas las acciones de la política pública.
- ⇒ La igualdad de oportunidades así como los derechos de hombres y mujeres, de acuerdo a lo contemplado en el marco legal nacional e internacional, serán aspectos a ser implementados en todas las acciones de la política pública.
- ⇒ La igualdad de oportunidades y derechos de las personas con diferentes orientaciones sexuales serán aspectos a ser implementados en todas las acciones de política pública.
- ⇒ Reconocimiento de existencia de personas con diferentes orientaciones sexuales en la construcción de ciudadanía por la salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR).
- ⇒ La autonomía de la mujer para decidir en lo concerniente a aspectos relacionados con la sexualidad y reproducción como métodos de planificación familiar, posición del parto, etc., sin la injerencia de la institución o personal de salud, pareja, familia u otros, será fomentada y respetada.
- ⇒ Enfoque de derechos en salud, igualdad entre las personas y especialmente entre hombres y mujeres.
- ⇒ La violencia intrafamiliar, de género y sexual, se deben reconocer como problemas de derechos humanos y salud pública.

### 2.2.3. *Reforma del sector salud*

- ⇒ La reforma del sector salud planteará la ampliación del papel del Estado en la protección de la salud de la población (aumento de presupuesto, recursos humanos, coberturas, inversiones).
- ⇒ Aprobación, expedición e implementación de la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, como Política de Estado, por acuerdo ministerial o decreto ejecutivo.
- ⇒ Disminución de la mortalidad materna como prioridad nacional que implica la declaratoria del embarazo no deseado y el aborto como problemas de salud pública y el debate de sus causas, consecuencias e impactos en la mortalidad materna, la prevención y reformas legales necesarias.
- ⇒ Aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia como el principal instrumento para el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva.
- ⇒ La salud sexual y reproductiva debe ser integrada en los procesos de reforma del sistema nacional de salud.
- ⇒ El acceso universal, integral, intersectorial y efectivo a la atención de las necesidades de salud sexual y reproductiva en todo el ciclo vital será garantizado, con alta calidad y calidez, humana, con oportunidad, continuidad, interculturalidad y con proyección comunitaria orientada a las personas y parejas y al ambiente, adecuado a la realidad local.

### 2.2.4. *Evaluación*

- ⇒ Constitución de mecanismos de seguimiento y evaluación de la aplicación

- de la ley de maternidad gratuita.
- ⇒ Control de la corrupción y del mal manejo de recursos y cobro de servicios.
- ⇒ Fomento y mejora de la intersectorialidad y de la participación interinstitucional, multisectorial y transdisciplinaria para articular soluciones alternativas a problemas específicos a nivel local, provincial y nacional.
- ⇒ Mejora de la coordinación intersectorial para el cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, la Ley de VIH/SIDA, Ley de Educación de la Sexualidad y el Amor, Código de Niñez y Adolescencia, Ley de Amparo al paciente, Ley Contra la Violencia Intrafamiliar y otras relacionadas con los aspectos de esta política.
- ⇒ Fomento de la coordinación interinstitucional con Organismos no gubernamentales, Colegios de profesionales, instancias académicas y Organizaciones de Base, que posean reconocida y acreditada experiencia de trabajo en SDSR.
- ⇒ Fomento del acceso de las mujeres a la educación en sus diferentes niveles para lograr la igualdad entre hombres y mujeres, exigiendo mecanismos de aplicación de la equidad de género como eje transversal dentro de los currículos educativos.
- ⇒ Desarrollo de una estrategia nacional intersectorial basada en los derechos para el abordaje de las Infecciones de Transmisión Sexual incluido el VIH SIDA, cáncer de mama, cáncer uterino y de próstata, dirigida a toda la población, que incluya actividades preventivas, el acceso a la detección y el tratamiento adecuado, recursos e insumos para la prevención (por ej: preservativos) y el fortalecimiento de acciones de vigilancia epidemiológica.

#### 2.2.5. Aspectos legales (reformas)

- ⇒ Eliminación de barreras legales, reglamentarias y sociales para garantizar el acceso universal a información y servicios de salud en general y de salud sexual y reproductiva, con enfoque de derechos sin discriminación por motivos de género, edad, etnia, religión, cultura y orientación sexual, discapacidad, condición de salud condición socioeconómica, tipo de actividad y otros.
- ⇒ Impulso de las reformas legales que garanticen la reproducción voluntaria y segura.
- ⇒ Promoción de un marco regulatorio y político de manejo de la SDSR en los medios de comunicación y vigilar que el mensaje de los medios de comunicación construyan valores de equidad y solidaridad e imágenes femeninas y masculinas positivas y diversas, bajo patrones culturales éticos y estéticos, que destaquen comportamientos de poder compartido, práctica sexual responsable, segura y placentera y relaciones sexuales basadas en el respeto mutuo y la autonomía y que se establezca la penalización de mensajes distorsionados sobre estos aspectos.
- ⇒ Creación de las reformas legales y mecanismos para erradicar y sancionar la violencia sexual y explotación sexual de niñas, niños y adolescentes.
- ⇒ Profundización del debate sobre explotación sexual, acoso sexual; sus causas y consecuencias; prevención y reformas legales.
- ⇒ Armonizar las leyes existentes para garantizar el cumplimiento de los derechos de salud y salud sexual y reproductiva.
- ⇒ Impulso de las reformas legales que garanticen la reproducción voluntaria y segura.

#### 2.2.6. Servicios Salud

- ⇒ Mejoramiento de la calidad y humanización de los servicios de salud sexual y reproductiva.
- ⇒ Integración de la medicina alternativa en red de servicios, con todos sus co-

- nocimientos ancestrales y dotándole con los recursos e insumos necesarios.
- ⇒ Planificación de los servicios de salud con participación de la ciudadanía.
- ⇒ Reconocimiento de la existencia de poblaciones vulnerables (personas viviendo con VIH/SIDA, comunidad GLBT, trabajadores /es sexuales, niños/as y adolescentes que viven en la calle) para las programaciones y planificaciones de salud.

### 2.2.7. *Financiamiento*

- ⇒ Incluir en las cuentas nacionales el aporte de las mujeres a la salud de la población mediante su trabajo no remunerado
- ⇒ Mejora del sistema de flujo de reposición en las prestaciones de la Ley de Maternidad gratuita orientado prioritariamente hacia las unidades de menor complejidad.
- ⇒ Gasto adecuado de los recursos de la Ley de Maternidad Gratuita vigilando su utilización y la asignación de montos con informes oportunos y justificativos.
- ⇒ Gasto adecuado de los recursos vigilando su utilización y la asignación de montos con informes oportunos y justificativos de gasto
- ⇒ Ampliación de las prestaciones de la ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia garantizando el acceso a medicamentos antirretrovirales de mujeres embarazadas con VIH/SIDA.
- ⇒ Asegurar el financiamiento público, asignación de recursos y la calidad del gasto para las necesidades de la salud sexual y reproductiva conforme a la Constitución y las leyes vigentes, especialmente la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Ley de VIH/SIDA.
- ⇒ Demandar al Estado Ecuatoriano la asignación de recursos suficientes y oportunos para solucionar la mortalidad materna que aqueja a nuestra sociedad y que permitan el cumplimiento de los Objetivos del Milenio.
- ⇒ Orientar la cooperación nacional y externa hacia la atención de las prioridades establecidas por el país, constituyéndose el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en el eje direccionador, coordinador y cohesionador de la misma.
- ⇒ Garantizar el aumento del presupuesto de la salud para que se mantengan y eleven las coberturas y que la población acceda a servicios de salud continuos, y se solucione el problema de falta de recursos humanos y de la disminución a 4 horas de trabajo de los profesionales de salud.

### 2.2.8. *Recursos humanos*

- ⇒ Establecimiento de alianzas estratégicas con los centros académicos formadores de recursos en salud y educación para la definición e inclusión curricular de un enfoque de derechos y equidad y el estudio de la salud sexual y salud reproductiva e implementar la educación permanente a los proveedores de servicios de salud para que adopten comportamientos positivos respecto a la sexualidad, identidad sexual y de salud sexual y reproductiva en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos.
- ⇒ Solución de la insuficiencia de recursos humanos y de la disminución de las horas de trabajo de los profesionales de la salud, sin recargo de los costos para la población.
- ⇒ Formación en SDSR, garantizar la ocupación de plazas en las áreas rurales y aumento del presupuesto para 8 horas del personal.
- ⇒ Aumento del número de enfermeras en relación a los médicos. No debe disminuirse el número de horas de trabajo para que no afecte la cobertura de atención y, por ende, se sugiere retomar las ocho horas de trabajo de los profesionales médicos.

- ⇒ Completar los recursos humanos de los hospitales públicos.
- ⇒ Implementación de políticas de motivación y retención de recursos humanos calificados para la atención a la población más necesitada y geográficamente distante de los centros urbanos.
- ⇒ Sensibilización del personal de salud sobre los derechos de las personas para lograr una humanización de los servicios.
- ⇒ Garantizar la participación ciudadana en la designación de Directores Provinciales y Jefes de Área.

#### 2.2.9. Investigación

- ⇒ Ampliación de los estudios que permitan un mayor conocimiento de los factores subyacentes de la mortalidad materna, las causales y mecanismos de prevención de los embarazos no deseados y el aborto inseguro.
- ⇒ Producción de conocimientos orientados hacia la solución de los problemas de salud sexual y reproductiva que garanticen el uso de los resultados para soportar la toma de decisiones de los actores involucrados.

#### 2.2.10. Educación

- ⇒ Impulso de la aplicación de la Ley de la Sexualidad y el Amor en el sistema educativo y la sensibilización y capacitación a toda la comunidad educativa del país con un enfoque de derechos, generacional, con contenidos científicos, socioculturales y éticos.
- ⇒ Integración de la salud sexual y reproductiva en la formación a instituciones formadoras de recursos docentes.
- ⇒ Implementación de programas de educación en sexualidad para niños/as y adolescentes, jóvenes y adultos/as, familias en los sectores formal e informal para reforzar la igualdad de género y orientación sexual, la identidad positiva, la autoestima, la no discriminación, la autonomía en la toma de decisiones, el reconocimiento de los saberes tradicionales protectores y las relaciones basadas en la igualdad y el respeto.
- ⇒ Promoción de espacios y entornos educativos que garanticen el cumplimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos y erradicación de los delitos sexuales, integrando a otros sectores y, sobre todo, promoviendo la participación de los/las jóvenes.
- ⇒ Fomento del acceso de las mujeres a la educación en sus diferentes niveles para lograr la igualdad entre hombres y mujeres, exigiendo mecanismos de aplicación de la equidad de género como eje transversal dentro de los currículos educativos.
- ⇒ Incorporación de la SDR en los currículos nacionales, desde la educación básica hasta educación superior (Ley Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor).
- ⇒ Promoción en la sociedad ecuatoriana de los cambios culturales necesarios y de manejo de poder para fomentar la igualdad entre los géneros.
- ⇒ Promoción en la sociedad ecuatoriana del reconocimiento, valoración y respeto a la interculturalidad para fomentar la igualdad de género, generacional, y étnica.

#### 2.2.11. Comunicación

- ⇒ Mayor visibilidad y conocimiento público de la violencia sexual y explotación contra niños y niñas/adolescentes que viven en la calle.
- ⇒ Cumplimiento de espacios obligatorios de educación en los medios de comunicación para una información adecuada en sexualidad.
- ⇒ Institucionalización de la estrategia de comunicación y educación de la sexualidad y salud sexual reproductiva con enfoque de género, generacional e intercultural.

- ⇒ Constitución de un marco regulatorio y política de manejo de la SDR en medios de comunicación.
- ⇒ Difusión masiva a la sociedad civil desde lo local hacia lo Municipal y Provincial de los contenidos de la Ley de Maternidad Gratuita y su aplicación.
- ⇒ Incorporación de los medios de comunicación en el proceso de implementación de la maternidad gratuita.
- ⇒ Los medios de comunicación masiva son aliados estratégicos.
- ⇒ Difusión de los derechos sexuales y reproductivos y de las obligaciones ciudadanas respecto al cumplimiento de los mismos así como de los mecanismos de exigibilidad e instancias de apoyo y denuncia a violaciones de estos derechos.
- ⇒ Exigir a las instancias de justicia que se sancione y penalice el uso de propaganda y difusión de pornografía en los medios de comunicación.

### 2.2.12. Participación

- ⇒ Conformación de comités de usuarias/os de salud y de comités barriales de salud.
- ⇒ Promoción de la sustentabilidad en el tiempo de los Comités de Usuarias mediante una adecuada motivación y capacitación.
- ⇒ Movilización de las mujeres contra quienes incumplen la Ley de Maternidad gratuita.
- ⇒ Fortalecimiento de la participación ciudadana mediante la conformación de veedurías, comités de gestión de los fondos locales, comités de usuarios como medios para empoderar la comunidad y garantizar la defensa de sus derechos.
- ⇒ Creación de incentivos para la participación.
- ⇒ Generación de marcos conceptuales para la participación y asignación de responsabilidades.
- ⇒ Capacitación de líderes que ayuden al empoderamiento de la gente y fomenten la participación de la comunidad.
- ⇒ Reconocimiento e integración desde las instituciones de los espacios de participación ciudadana.
- ⇒ Construcción de una cultura de participación, mediante el impulso a la participación social en la gestión de la salud, los consejos de salud, comités de gestión, etc., con definición clara de roles entre las instituciones que conforman el SNS de acuerdo a la división política administrativa del país y dotándole a la ciudadanía de una mayor participación en las decisiones.
- ⇒ Ampliación de la capacidad de decisión de las instancias de participación (por ejemplo: los comités de usuarias de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia pueden decidir sobre los recursos).

### 2.2.13. Veeduría

- ⇒ Fortalecimiento de los mecanismos de exigibilidad y aplicación de justicia en el ejercicio de estos derechos.
- ⇒ Exigibilidad del cumplimiento de la política Nacional de Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.
- ⇒ Fortalecimiento de la participación ciudadana y la veeduría social para garantizar el cumplimiento de la PNSDR.
- ⇒ Fomento de comisiones de la sociedad civil que realicen veeduría social sobre manejo de recursos de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.
- ⇒ Fomento de veedurías en establecimientos educativos para disminuir la discriminación de las/os adolescentes por embarazo o violencia, considerando que la violencia es un problema de salud pública.
- ⇒ Cumplimiento exigible de la Política Nacional de Salud, Derechos Sexuales

y Derechos Reproductivos.

- ⇒ Implementación de comités de vigilancia de la muerte materna en todo el país con la participación de la ciudadanía y de instituciones intersectoriales, como el Registro Civil.
- ⇒ Promoción y reconocimiento de la participación juvenil en las instancias de veeduría social en relación con la discriminación de las y los adolescentes por embarazo, orientación sexual, condición de salud, discapacidad, acoso o violencia sexual.

#### 2.2.14. Seguimiento

- ⇒ Creación de mecanismos para vigilar el cumplimiento/evaluación de esta política así como para garantizar su exigibilidad.

### TEMA 3: MODELO DE ATENCION Y REDES PARA LA EXTENSIÓN DE COBERTURA EN SALUD

#### 3.1. Marco general

Varias son las razones por las que el análisis de este tema se consideró prioritario. En primer lugar, porque el modelo de atención determina en alto grado la calidad de la atención. En segundo lugar, porque en un sistema de salud como el ecuatoriano, conformado por organizaciones de salud autónomas, con historias institucionales y proyecciones particulares, es fundamental lograr acuerdos en líneas básicas que orienten los cambios. En tercer lugar, porque es uno de los temas planteados como prioritario por el MSP para fundamentar el proceso de licenciamiento y la estrategia de extensión de cobertura.

El consenso en torno a los rasgos de un mismo modelo de atención permitirá identificar puntos de coordinación y complementariedad entre las redes de servicios de las organizaciones que brindan atención de salud en el Ecuador.

Se denomina modelo de atención al “...conjunto de rasgos fundamentales que caracterizan las acciones, por medio de las cuales los establecimientos de salud interactúan con la colectividad, al prestar sus servicios. Estas acciones se dan en dos tipos de interlocución: individual y colectiva” (León, N., 2000). Desde el punto de vista de una aproximación cultural, el modelo de atención es “la construcción social que sustenta una práctica social en salud. Una práctica social en salud es una respuesta individual o colectiva a una o más necesidades de salud” (Congreso Medicina Familiar, 2004).

Los aspectos fundamentales que deben tratarse, al abordar el modelo de organización de los servicios, son los siguientes: las prestaciones que se ofrecerán; la relación del servicio con la población de responsabilidad; el tipo de establecimiento, que es la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutive, su integración con otros establecimientos de la red de prestadores de salud y sociales; las responsabilidades de cada nivel; los mecanismos de referencia y contrarreferencia; los recursos humanos requeridos (el equipo de salud) en cada nivel de atención, el sistema de información, la implementación tecnológica y equipamiento en relación con la capacidad resolutive de cada nivel de atención y los sistemas de control de calidad.

Los elementos de gestión que deben analizarse en tanto determinan el tipo de modelo de atención son: la gestión integrada de los programas verticales de control de enfermedades y otros; la desconcentración y descentralización de la gestión de recursos humanos, medicamentos, infraestructura y equipamiento; la participación comunitaria y las relaciones con otros sectores a través de la participación en redes sociales diversas.

El MSP ha elaborado un documento oficial en el cual presenta su propuesta respecto al modelo de atención integral de salud (MSP, 2004), el cual procurará “equilibrar la capacidad resolutoria de los servicios de mediana y alta complejidad con los de baja complejidad, poniendo el mayor énfasis en las actividades de promoción y prevención de la atención primaria de salud, el enfoque intercultural, familiar y de promoción de la salud” (MSP, 2004).

Las bases conceptuales del modelo propuesto son: la atención primaria de salud, la promoción de la salud, el enfoque familiar, el enfoque intercultural, la subsidiariedad del Estado. Las características del modelo de atención deseado son las siguientes: integral, continuo e integrado, coordinado, participativo, planificado, descentralizado, eficiente, eficaz, de calidad. El conjunto de prestaciones debe incluir prestaciones a las personas, al medio y de promoción de la salud. Las acciones dirigidas a las personas deben ser de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud; se explicita que deben incluir medicamentos e insumos.

El conjunto de prestaciones se ofrecerá a través de una red de servicios organizada de acuerdo a tres niveles de complejidad, coordinados y sin superposiciones de responsabilidades ni funciones: Las Áreas de Salud cubren el territorio nacional y, a pesar del deterioro que han sufrido, poseen el potencial para constituir la base primaria del Sistema Nacional de Salud, a las que se articulen los servicios de las otras entidades del sector en forma complementaria. Las unidades del Seguro Social Campesino es otro componente con rasgos de potencialidad.

Finalmente, es importante señalar que la mayor parte de la red de servicios de salud del país es de carácter público y depende de dos instancias: el Ministerio de Salud Pública y el IESS. Una coordinación adecuada de estas dos entidades, en torno a la implementación de un nuevo modelo de atención, puede contribuir a generar un cambio sustancial en todo el Sistema Nacional de Salud.

## 3.2. Lineamientos de política

### 3.2.1. Derechos

- ⇒ Fortalecimiento de espacios de difusión a la ciudadanía sobre derechos y responsabilidades frente a la salud (autocuidado), orientados hacia todos los grupos humanos.

### 3.2.2. Pobreza

- ⇒ Impulso del canje de deuda externa.
- ⇒ Reforma SS política de medicina preventiva y de promoción de la salud.
- ⇒ Desarrollo de un modelo de atención de salud de aplicación obligatoria para todas las entidades que conforman el Sistema Nacional de Salud con las siguientes características: integral (eco-bio-psico-socio-cultural y espiritual), integrado, continuo, participativo, intersectorial, eficiente, eficaz, cálido, no discriminatorio, intercultural, coordinado, descentralizado, sustentable política y económicamente, con enfoque de género, intergeneracional, interétnico, solidario y dinámico.
- ⇒ Constitución de las Áreas de Salud del Ministerio de Salud Pública como el eje local de articulación y complementariedad de las redes plurales de salud de acuerdo a los lineamientos del Sistema Nacional de Salud y la rectoría del MSP.
- ⇒ Promoción de los procesos de desconcentración y descentralización.
- ⇒ Fortalecimiento del CONASA como ente coordinador del sector.
- ⇒ Desarrollo de una cultura sanitaria de prevención y promoción de la salud.
- ⇒ Conformación y organización de los consejos cantonales y provinciales de salud.
- ⇒ Desarrollo de mecanismos y estrategias para que el acceso universal a los servicios de salud sea efectivo.

- ⇒ Modelo basado en la universalidad sin discriminación social o económica, de género o étnica y adecuado a las creencias culturales de las personas, con una red de servicios que priorice la población de mayor riesgo y que utilice en forma óptima los diferentes recursos.

### 3.2.3. Evaluación

- ⇒ Conformación de espacios de coordinación interinstitucional e intersectorial para lograr la conformación de las redes plurales con poblaciones de responsabilidad definidas para cada actor.
- ⇒ Participación activa del personal de las Áreas de Salud en los consejos locales de salud y Comités de Gestión.
- ⇒ Conformación de espacios de participación inter-sectorial (trabajo, agricultura, bienestar social, gobiernos locales, comunidad) que viabilicen la corresponsabilidad social y el mejoramiento de los servicios básicos relacionados con la salud, la promoción de la salud y el saneamiento ambiental.
- ⇒ Reconocimiento de la rectoría del MSP por todos los integrantes del Sistema.
- ⇒ Continuidad de los proyectos establecidos para incorporar al seguro social y fuerzas armadas y otros organismos en la implementación de la maternidad gratuita.
- ⇒ Articulación de redes de servicios integrales para atender a personas víctimas de violencia, abuso sexual y toda forma de maltrato.
- ⇒ Implementación de la atención integral en materia de salud sexual y salud reproductiva, garantizando el respeto y ejercicio de derechos.

### 3.2.4. Aspectos legales (reformas)

- ⇒ Eliminación del pago directo en el momento de entrega del servicio.

### 3.2.5. Servicios Salud

- ⇒ Incorporación del psicólogo clínico y profesionales de otras disciplinas en la atención del nivel primario.
- ⇒ Homologación de los niveles de atención en salud de todas las instituciones por tipología de servicios y por zonas (territorialidad).
- ⇒ Mejora de la calidad de atención y de calidez en el marco del respeto de la cultura individual y comunitaria (respeto de la unidad en la diversidad y de la propia diversidad).
- ⇒ Mejora del Sistema de Información del sector salud para indicadores sensibles a detección de infectados por VIH/SIDA, malaria, tuberculosis, etc.
- ⇒ Conformación de una Línea de base que debe contener el mayor grado de desagregación poblacional y territorial posible.
- ⇒ Incremento de las unidades de salud en los sectores más vulnerables.
- ⇒ Fortalecimiento del servicio de salud rural a través de la incorporación de varios profesionales: médico, odontólogo, enfermera, psicólogo, obstetrix.
- ⇒ Desarrollo de los mecanismos necesarios y suficientes para atender la diversidad de la población ecuatoriana con la medicina tradicional, ancestral, alternativa y complementaria.

### 3.2.6. Interculturalidad, cultura y derechos en salud

- ⇒ Exigibilidad del cumplimiento de la programación local que permitirá planificar acciones en base a necesidades reales, monitorear y evaluar el trabajo realizado.
- ⇒ Mejora de la capacidad de gestión del nivel local.
- ⇒ Vinculación de la medicina tradicional y occidental.

- ⇒ Cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.
- ⇒ Creación de un Sistema de Garantía de Calidad de la Prestación de Servicios de Salud.
- ⇒ Unificación e implementación del modelo de Atención con estrategia de APS con enfoque de género, intercultural y orientado hacia la familia por medio de un Plan de Salud con amplia participación ciudadana.
- ⇒ Exigibilidad del cumplimiento del proceso de licenciamiento como lo establece el Ministerio de Salud Pública y, a futuro, con la certificación y acreditación de los servicios de salud.
- ⇒ Mejora del acceso a los sistemas de referencia y contra-referencia, superando barreras geográficas y culturales al optimizar su eficiencia.
- ⇒ Incremento de la oferta de servicios públicos de salud sexual dedicados a adolescentes, adultas/os mayores, considerando las necesidades de los varones y personas con discapacidades.
- ⇒ Atención integral (prevención, atención y restitución de los derechos) garantizada a las víctimas de violencia intrafamiliar, de género violencia sexual y por orientación sexual, a través de redes intersectoriales de referencia, que incluya un sistema de vigilancia epidemiológica, completo y confiable que oriente las acciones del estado en estrategias de prevención y promoción de la salud.
- ⇒ Incorporación y coordinación efectiva de los agentes de la medicina ancestral en el sistema nacional de salud.
- ⇒ Capacitación en el manejo clínico de los pacientes inmuno-deprimidos.
- ⇒ Coordinación con Universidades y centros académicos.
- ⇒ Fomento de la investigación científica de los factores bio- psico- sociales y culturales.

### 3.2.7. Participación

- ⇒ Fomento de la participación activa y efectiva de la ciudadanía y de los gobiernos locales en la formulación de la política local de salud, desarrollo local y cultural, así como en la planificación, control y seguimiento de su cumplimiento.

### 3.2.8. Recursos humanos

- ⇒ Inclusión de recursos humanos tales como anesthesiólogos, gineco-obstetras, pediatras y cirujanos generales y el equipamiento correspondiente en los hospitales de la Región Amazónica Ecuatoriana.
- ⇒ Fomento de la formación integral del nuevo profesional de salud, líderes y lideresas que responda al modelo de atención requerido por el país.
- ⇒ Incremento de la cantidad y calidad de los recursos humanos, de acuerdo a las necesidades de la población y garantizar su estabilidad, mediante la creación de nuevas partidas.
- ⇒ Eliminación del clientelismo y tráfico de influencias en la selección, elección y nombramiento de los recursos humanos en salud, en todos sus niveles.
- ⇒ Incluir en los programas de formación y capacitación de recursos humanos y comunidad el tema de la ética y los valores.
- ⇒ Certificación y recertificación profesional.
- ⇒ Planteamiento de la abolición del decreto ejecutivo 572 que prohíbe la contratación de personal.
- ⇒ Planificación del requerimiento de recursos humanos de acuerdo a paquetes de servicios, índices demográficos y perfiles epidemiológicos.
- ⇒ Implementación de la carrera sanitaria.
- ⇒ Superación de los compromisos de orden político para evitar la improvisación de directivos y personal técnico para la gestión local de los servicios.
- ⇒ Realización de auditorías técnicas y permanentes en salud para transparen-

tar las acciones técnicas de los profesionales de la salud.

### 3.2.9. *Veeduría*

- ⇒ Desarrollo de mecanismos de control social y político para erradicar la corrupción.
- ⇒ Institucionalización del Congreso Por la Salud y la Vida para que se constituya en una instancia veedora de las propuestas.
- ⇒ Constitución de veedurías sociales para el seguimiento, tanto a nivel local como nacional con la inclusión de otros organismos.
- ⇒ Evaluación y establecimiento de mecanismos de exigibilidad de las resoluciones tomadas en este Congreso.
- ⇒ Establecimiento de veeduría de las acciones propuestas y Foro de cumplimiento de compromisos.
- ⇒ Generación para los usuarios de espacios de denuncia de acciones corruptas en las que incurran los funcionarios (veedurías ciudadanas en coordinación con la Comisión de Control Cívico de la Corrupción).
- ⇒ Elaboración de un reglamento que permita sancionar drásticamente a la o las personas naturales o jurídicas que incurra en acciones de corrupción.
- ⇒ Conformación de comités de auditoría en cada provincia en coordinación con los consejos de salud y Contraloría del Estado para realizar auditorías a las Áreas de salud.

### 3.2.10. *Seguimiento*

- ⇒ Difusión a los participantes los contenidos, compromisos y lineamientos producidos en el II Congreso por la Salud y la Vida a fin de hacer un seguimiento de su cumplimiento.
- ⇒ Conformación de un observatorio de la calidad de vida, en función de los Objetivos del Milenio, para conocer la manera en que el Gobierno distribuye y utiliza los recursos.
- ⇒ Constitución de un mecanismo de evaluación y monitoreo desde lo local a lo nacional cuyo responsable es el CONASA y se rinda cuentas a la sociedad a través de III CSV y las veedurías en salud.
- ⇒ Informe semestral a la nación por parte del Ministro de Salud Pública respecto a los avances del sector.
- ⇒ Creación de un área de paliativos que corresponda a un porcentaje acorde al requerimiento, (según consideración del 5% del total de camas instaladas).

## TEMA 4: ACCESO A LOS MEDICAMENTOS ESENCIALES

### 4.1. Marco general

Cada vez existe más evidencia de la importancia de los medicamentos en el proceso de atención integral de la salud al constituir un insumo crítico de la misma, tanto por su contribución terapéutica como por las dificultades que implica su acceso en condiciones de equidad y garantía de calidad, seguridad y eficacia.

Por ello, el concepto de medicamentos esenciales<sup>9</sup> y la garantía de su acceso resulta de gran trascendencia y su análisis una necesidad urgente en el marco de la búsqueda de una política orientada a la protección integral de la sa-

---

<sup>9</sup> Según la OMS (1977), los medicamento esenciales son aquellos "...de máxima importancia, que son básicos, indispensables e imprescindibles para atender las necesidades de salud de la población y que deben ser accesibles en todo momento, en la dosis apropiada, a todos los segmentos de la sociedad..."

lud, propósito fundamental de un modelo de atención integral basado en la aplicación de las normativas legales vigentes para el sector.

El gasto en medicamentos representa 1/3 del gasto total en salud (\$495 millones en el 2003<sup>10</sup>) y es un 33% más que el presupuesto asignado al MSP (\$370 millones). La mayor parte de los medicamentos se comercializa a través de la red de farmacias privadas (7.565 en el país) mientras que las compras institucionales del sector público (MSP, IESS, Municipios, JBG, Sanidad FFAA, etc.) apenas es el 12 % del total. Las familias emplean hasta un 57 % de los recursos destinados a la atención de salud en la adquisición de medicamentos.

La Política Nacional de Salud debe "Establecer mecanismos para garantizar el acceso universal a medios diagnósticos y medicamentos esenciales y genéricos de acuerdo con la Ley...", a la vez que garantizar su calidad, seguridad y eficacia. Desarrollar el mercado nacional de medicamentos genéricos es una estrategia fundamental y promover su utilización obligatoria por las instituciones de Sistema Nacional de Salud contribuirá a difundir su uso.

La Política establece que la regulación de precios se debe establecer de acuerdo con indicadores del mercado nacional e internacional, las condiciones económicas del país y la capacidad adquisitiva de los usuarios.

Si bien son varios los problemas relacionados con la política de medicamentos, la problemática del acceso y las fallas en la prescripción y automedicación afectan el acceso equitativo al punto de agravar los problemas de salud<sup>11</sup>. Por ello, cada vez es más difícil sostener la distribución o el reembolso en los programas de aseguramiento de todos los medicamentos disponibles en el mercado. Este concepto es muy relevante para los desafíos actuales debido al surgimiento de nuevas epidemias como el VIH/SIDA, la malaria resistente y la tuberculosis debido a que los nuevos medicamentos para estas enfermedades son mucho más costosos que los tratamientos existentes.

Sin embargo no todo se reduce a una cuestión de disponibilidad financiera, pues, una inadecuada selección y consumo de estos medicamentos provoca el desperdicio de recursos y, por ende, limita el acceso a los que más los requieren. Tal situación explica la importancia del Cuadro Nacional de Medicamentos que elabora el CONASA y la necesidad de adoptar medidas que aseguren su estricto cumplimiento por las entidades del sector.

La Organización Mundial de Comercio (OMC) y los Tratados de Libre Comercio (TLC), al considerar los medicamentos como simples "mercancías", propician excesivas normas de protección de patentes y restricciones para la producción y comercialización de genéricos que es un bien de salud pública. Al respecto, la reunión internacional de DOHA (Qatar), en noviembre del 2001, subraya la necesidad de que el acuerdo sobre los ADPIC (Patentes) forme parte de una acción internacional para afrontar los problemas de salud pública. La propiedad intelectual es importante para la innovación y desarrollo de nuevos medicamentos, pero existe preocupación por sus efectos sobre los precios y su impacto en la disminución de las posibilidades de acceso. Por lo tanto, se ha señalado que no deberá impedirse a ningún país adoptar las medidas que considere apropiadas para la protección de la salud y la vida de las personas.

---

10 Según estudio de mercado realizado y publicado por IMS, 2003.

11 Lalama, Marcelo. Perfil de consumo de medicamentos en la ciudad de Quito, Ecuador en: Revista FÁRMACO, Volumen 3, (1) Febrero de 2000; INEC-BM. Encuesta de Condiciones de Vida en Ecuador, 1998.

En suma, se plantean los siguientes lineamientos y estrategias:

- a) Declarar que la salud pública y la garantía de acceso a los medicamentos son criterios superiores respecto a las patentes, en adhesión a los planteamientos de DOHA.
- b) Otorgar licencias para importaciones en casos de enfermedades catastróficas y emergencias sanitarias.
- c) Precautelar el acceso equitativo a la atención de salud y a medicamentos a los sectores sociales de menores recursos.
- d) Implementar mecanismos de adquisición, distribución y dispensación eficientes y transparentes.
- e) Impulsar programas de medicamentos genéricos y su autogestión.

## 4.2. Lineamientos de Política

### 4.2.1. Generales

- ⇒ La firma del TLC es lesiva porque lesiona los intereses nacionales, nuestra dignidad y soberanía. Y en el caso de la salud pública, perjudicaría gravemente al conjunto de la población por el control económico y político de las patentes y de la diversidad ecológica.
- ⇒ Inclusión de un Delegado del Congreso Nacional por la Salud y la Vida en las mesas de negociaciones del TLC.

### 4.2.2. Derechos

- ⇒ El Estado garantizará el acceso a medicamentos para enfermedades transmisibles y no transmisibles.

### 4.2.3. Reforma del sector salud

- ⇒ Mejora del acceso a medicamentos esenciales en los Servicios de Salud.
- ⇒ Construcción de una política nacional del suministro de medicamentos mediante la aplicación de buenas prácticas de adquisiciones y garantizando el acceso a medicamentos esenciales de calidad y bajo precio.
- ⇒ Aceptación de la existencia de farmacias homeopáticas con el consiguiente registro sanitario de las sustancias que allí se expendan y ajustadas a la farmacopea homeopática internacionalmente aceptada.
- ⇒ Licencia compulsoria en lo referente a la producción de medicamentos esenciales a fin de abaratar los costos y su acceso a los amplios sectores más desposeídos.
- ⇒ Plan de aseguramiento en Salud como alternativa de accesibilidad a medicamentos esenciales.
- ⇒ Rol del MSP para hacer cumplir la Ley de Medicamentos Genéricos (Ley 2012) en todos los ámbitos para ampliar su disponibilidad en el mercado nacional (todas las farmacias privadas) y no sólo exigir su empleo por parte de las entidades públicas.
- ⇒ Asegurar el acceso equitativo a la atención de salud, consecuentemente a los medicamentos, a los sectores sociales de menores recursos

### 4.2.4. Intersectorialidad

- ⇒ Promoción de políticas orientadas a favorecer la producción de medicamentos genéricos de calidad a nivel nacional, de manera que exista disponibilidad suficiente apoyada en la Ley de Genéricos y el Art. 28 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

- ⇒ El Estado facilitará a empresas nacionales la importación de medicamentos genéricos así como su fabricación nacional.
- ⇒ Las farmacias Privadas exhibirán Listas de medicamentos genéricos.

#### 4.2.5. Aspectos legales (reformas)

- ⇒ Exigibilidad de la aplicación de la legislación y políticas tendientes a favorecer la disponibilidad, adquisición y uso de medicamentos genéricos.
- ⇒ Exigibilidad de las normativas correspondientes para que se controle la publicidad de los medicamentos, especialmente en los medios masivos, incluso de los de venta libre y así disminuir los niveles de autoconsumo y los riesgos asociados con su uso indiscriminado.
- ⇒ Otorgamiento de licencias para importaciones en caso de enfermedades catastróficas, emergencias sanitarias y enfermedades prioritarias de mayor impacto epidemiológico.

#### 4.2.6. Servicios de salud

- ⇒ Entrega de medicamentos para tratar las enfermedades de mayor prevalencia.
- ⇒ Disponibilidad de medicamentos genéricos en unidades operativas de entidades públicas para obligar su prescripción.
- ⇒ Entrega oportuna y completa de medicamentos Antirretrovirales.
- ⇒ Mejora del acceso a los servicios de salud y las condiciones socio-económicas de la población para aumentar las posibilidades de acceso a los medicamentos.
- ⇒ Asegurar la existencia de medicamentos en las unidades operativas, especialmente del área rural.
- ⇒ Ampliación de la cobertura geográfica de los servicios de salud y mejora de su accesibilidad.
- ⇒ Implementación de farmacias y botiquines populares y su funcionamiento permanente.
- ⇒ Inclusión obligatoria de medicamentos en procesos de atención integral y de calidad en servicios de salud del Estado, tanto a nivel ambulatorio como en internación, con subsidio a sectores de menores recursos.
- ⇒ Adquisición estricta de medicamentos de acuerdo a necesidades y perfil epidemiológico local y con procedimientos transparentes.
- ⇒ Garantía del Estado respecto a la calidad de todos los medicamentos y en particular de los medicamentos genéricos para generar confianza en los prescriptores y consultantes.
- ⇒ Mejora del control de calidad pre y post registro de los medicamentos de expendio así como ampliación de la producción de medicamentos genéricos.
- ⇒ Promoción y vigilancia del uso racional de medicamentos y las buenas prácticas de manufactura, así como creación de los departamentos de fármaco-epidemiología y Fármaco-vigilancia.
- ⇒ Ampliación de los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud para disminuir el gasto en los medicamentos.
- ⇒ Actualización más oportuna, por parte del Consejo Nacional de Salud, del CNMB y difusión nacional de la Quinta revisión.
- ⇒ Actualización, por parte del Consejo Nacional de Salud, del proyecto de compra de medicamentos, reactivos, insumos (CONAMIRE) por intermediación directa, centralizando a nivel institucional la compra única para el país

#### 4.2.7. Financiamiento

- ⇒ Incremento sustancial de los presupuestos de las instituciones de salud asignados al rubro de medicamentos.

- ⇒ Institucionalización y financiación de los programas de control de calidad post-registro, a cargo del INH-Guayaquil, y que cuenten con el apoyo de los laboratorios de las universidades en todo el país.
- ⇒ Revisión del uso y gasto de los recursos para invertir en los medicamentos necesarios y suficientes.

#### 4.2.8. Recursos Humanos

- ⇒ Mejora de las prácticas de uso racional de medicamentos por parte de los profesionales de la salud y consumidores.
- ⇒ Fortalecimiento de un sistema de capacitación integral para el conocimiento y manejo de los medicamentos.
- ⇒ Creación de programas de capacitación a los profesionales de salud, despachadores de farmacias y educación a la población para el uso racional de medicamentos.
- ⇒ Desarrollo de políticas para el consumo racional y adecuado acceso de medicamentos dentro del sistema de atención de salud.
- ⇒ Concertación de planes y programas para la formación y capacitación de recursos humanos en materia de farmacología de acuerdo a los requerimientos y lineamientos del Sistema Nacional de Salud, con participación de las Universidades y los Colegios Profesionales.
- ⇒ Inclusión, en el pensum de estudios en las universidades, de temas relacionados con el uso de los medicamentos genéricos.
- ⇒ Fomento de la investigación y el control de la comercialización de los productos naturales.

#### 4.2.9. Comunicación

- ⇒ Aplicación de estrategias para ampliar el mercado de medicamentos genéricos: Campañas de difusión, capacitación, creación de farmacias, etc.
- ⇒ Difusión masiva del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos a todo el personal de salud del país.

#### 4.2.10. Veeduría y seguimiento

- ⇒ Construcción de medidas de control y rendición de cuentas, necesarias para evitar los malos manejos en la compra de medicamentos y asegurar su correcta distribución.
- ⇒ Conformación de la comisión de veeduría permanente de todos los procesos vinculados a las estrategias planteadas en relación a medicamentos.
- ⇒ Conformación de los comités de gestión y participación social, los consejos de salud provinciales, cantonales, municipales y diferentes comités de usuarios.

## TEMA 5: RECTORIA Y DESCENTRALIZACIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

### 5.1. Marco general

Según la Constitución Política de la República, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y su Reglamento, la Ley Especial de Descentralización del Estado y Participación Social y su Reglamento, la Ley para la Reforma de las Finanzas Públicas y el Pronunciamiento del Procurador General del Estado de Marzo de 2004, la política nacional de descentralización se basa en los siguientes elementos:

- a. La participación ciudadana en los procesos de descentralización, la cual

hará posible que las decisiones ciudadanas alimenten políticas de desarrollo integral y programas de salud desde las necesidades reales de la población;

- b. La estructuración del Sistema Nacional de Salud debe ser considerado como la más amplia representación democrática de la sociedad;
- c. El sistema de gestión integral del personal de salud, de carácter moderno, descentralizado, desconcentrado, que estimule la creatividad, productividad, calidad y compromiso social y que refuerce la defensa de los derechos ciudadanos y de los trabajadores;
- d. La construcción del Sistema Provincial y Cantonal de Salud con diferenciación de funciones

La agenda nacional en esta materia plantea lo siguiente:

- a. Elaboración participativa del presupuesto y control de su ejecución;
- b. La fiscalización y veeduría social del uso de los recursos públicos de la salud a través de los consejos cantonales y provinciales de salud.

## 5.2. Lineamientos de Política

### 5.2.1. Derechos

- ⇒ La construcción del Sistema Nacional de Salud se fortalecerá por la descentralización como un medio para garantizar el ejercicio de los derechos en salud.
- ⇒ El Estado será proveedor de las acciones de Salud Pública.

### 5.2.2. Reforma del sector salud

- ⇒ Proceso de descentralización realizado de acuerdo a la Constitución, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, la Ley de Descentralización y sus reglamentos.
- ⇒ Fortalecimiento de la rectoría del MSP con apoyo y coordinación de los gobiernos seccionales y demás integrantes del sistema nacional de salud.
- ⇒ La descentralización fortalecerá la construcción del Sistema Nacional de Salud sobre la base de la rectoría del Ministerio de Salud Pública y estará orientada a fortalecer la gestión local en salud.
- ⇒ Construcción de un sistema de articulación funcional para la gestión de la salud mediante la coordinación entre los Consejos Cantonales, Provinciales y el Consejo Nacional de Salud.
- ⇒ Los Gobiernos Provinciales y cantonales cumplirán un rol de coordinación y gestión en su territorio.
- ⇒ Descentralización de funciones y presupuestos especialmente para las áreas rurales y urbano-marginales con la participación de los gobiernos seccionales.
- ⇒ Fortalecimiento de la gobernabilidad local para promover el desarrollo humano y, en particular, para vigilar el acceso equitativo a los servicios básicos como los de la salud.
- ⇒ Formulación de un plan nacional de necesidades y promoción de mecanismos desconcentrados de adquisición.
- ⇒ Estructuración y organización, en forma homogénea, del traspaso de competencias a los gobiernos seccionales de acuerdo a sus características, dando cumplimiento a la Ley en forma estricta.

### 5.2.3. Intersectorialidad

- ⇒ Coordinación de actividades con todos los entes de salud; organización de los consejos cantonales de salud de acuerdo a la ley; apoyo a la promoción

- de salud, del saneamiento ambiental y entornos saludables.
- ⇒ Fortalecimiento y complementación de los servicios y recursos entre el MSP y los gobiernos locales.
- ⇒ Promoción de acciones del medio ambiente; servicios básicos agua potable, alcantarillado.
- ⇒ Conformación, funcionamiento y seguimiento a los Consejos Cantonales y Provinciales que permitan liderar la integración interinstitucional y actuar como rector de políticas locales de desarrollo.
- ⇒ Promover la conformación y el funcionamiento de los Consejos Cantonales de Salud, el cumplimiento de sus planes y programas, la construcción de la ciudadanía en salud y asegurar la asignación oportuna de recursos financieros.
- ⇒ Fomento de la formación de los Consejos Locales de Salud (Parroquia, Cantones y Provincias) con el fin de crear ordenanzas que permitan la exigibilidad.
- ⇒ Operativización de la Política Nacional de Salud por parte de los Gobiernos Seccionales.
- ⇒ Conformación de un sistema de información eficaz que sirva como articulador entre los diferentes niveles.
- ⇒ Cumplimiento exigible de la Ley de Maternidad Gratuita a los gobiernos seccionales, creando comités de gestión de fondos y viabilizando la conformación de Comités de usuarios.
- ⇒ Aplicación de los procesos de descentralización y desconcentración técnica administrativa fortaleciendo la capacidad gerencial de los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud y promoviendo la articulación de las acciones en salud sexual y reproductiva en las redes sociales.
- ⇒ Construcción de mecanismos desconcentrados de adquisición, control de calidad, distribución y dispensación eficientes y transparentes de acuerdo a la realidad local, con la participación de los Comités de farmacología correspondientes.

#### 5.2.4. *Financiamiento*

- ⇒ Creación de un sistema de subsidio solidario y según categorización socioeconómica, para asegurar acceso a medicamentos. Usar base de datos de SELBEN para beneficiarios del Bono Solidario o de Desarrollo Humano.
- ⇒ Propiciar una política de abaratamiento del precio de los medicamentos y en particular del uso de medicamentos genéricos para ampliar la cobertura a la mayoría de la población.
- ⇒ Los Municipios exigirán las rentas correspondientes a los servicios de salud y utilizarán las asignaciones del 15% para el área de salud, haciéndolas constar en el presupuesto en forma anual, de manera estricta.

#### 5.2.5. *Recursos humanos*

- ⇒ La toma de decisiones del sector salud, relacionada con la asignación de cargos y funciones, estará alejada de la política partidista, respetando la carrera sanitaria.

#### 5.2.6. *Comunicación*

- ⇒ Promover un sistema de información, educación, comunicación en torno a las temáticas de descentralización y salud

#### 5.2.7. *Participación*

- ⇒ Fortalecimiento de las organizaciones sociales y promoción de la participación ciudadana.
- ⇒ Generación de procesos que garanticen la exigibilidad ciudadana para el control y evaluación del derecho equitativo a la atención de salud y consecuentemente a los medicamentos y del control y transparencia de los proce-

sos de adquisición y distribución de los medicamentos, insumos y equipos médicos.

### 5.2.8. Veeduría

- ⇒ Con sustento en la ley de transparencia, las instituciones del sector salud deben facilitar el acceso a la información a la ciudadanía para conocer el grado de cumplimiento de sus acciones.

### 5.2.9. Seguimiento

- ⇒ Rendición de cuentas por parte de los representantes a sus representados, en tiempos definidos; mediante la exigibilidad de los derechos en salud y a través del sistema de indicadores que permita la medición del cumplimiento de avances y resultados para el mejoramiento de la salud.
- ⇒ Los consejos cantonales, provinciales y el Consejo Nacional de Salud (CONASA), como espacios de participación, concertación y veeduría social, vigilarán la entrega oportuna y la distribución equitativa de recursos financieros por parte de las instituciones del Estado.

## TEMA 6: FINANCIAMIENTO Y ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD

### 6.1. Marco general

En América Latina, desde comienzos de la década de los 90, aunque con variados enfoques, se iniciaron procesos de Reforma del Sector Salud (RSS) con el propósito de mejorar el acceso, la calidad y eficiencia de los servicios. Los resultados en cada país han sido diversos según su viabilidad política, aceptación social y factibilidad financiera e institucional involucrados en dichos procesos.

En el Ecuador, este proceso surge a comienzos de 1994<sup>12</sup>. En 1995, a través del CONASA, se promueve el desarrollo de una alternativa para la RSS basada en un modelo de Sistema de Salud conducente a la creación de un Seguro Universal de Salud con la rectoría del Ministerio de Salud Pública<sup>13</sup> y auspiciado por el Vicepresidente de la República, como una forma de pago de la deuda social y estrategia de incremento de la cobertura.

El acceso universal a los servicios y acciones de salud para toda la población es sin duda una de las metas de política pública más importantes para el desarrollo social y económico de los países, a la par que para el mejoramiento de la calidad de vida y salud de todos los ciudadanos que conviven en una democracia moderna orientada al desarrollo humano sostenible.

En este sentido, y con el propósito de diseñar alternativas efectivas para la protección social en salud de la población, es necesario considerar los marcos jurídicos y políticos vigentes para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, la reforma a la Seguridad Social, la propuesta de Aseguramiento Universal, los avances en la aplicación de la ley de Maternidad Gratuita y de las propuestas recientes de Extensión de Cobertura en Salud como insumos básicos para la formulación e implementación de iniciativas de Cobertura Universal en Salud como objetivo de largo plazo a través de una estrategia adecuada de financiamiento según etapas progresivas de desarrollo<sup>14</sup>.

12 CONAM: Propuesta de Reforma a la Seguridad Social en el Ecuador (Informe Final). Quito, Junio, 1996.

13 CONASA: Propuesta de Reforma del Sector Salud. (versión 01). Quito, Abril, 1996.

14 En el documento de trabajo preparado por OPS/OMS-Ecuador en marzo de 2003 "... se define **aseguramiento universal** como la garantía efectiva de la protección en salud y del acceso de todos los ciudadanos a servicios de salud de calidad, sin distinción de clase social, capacidad de pago, raza, género, creencias religiosas, credo político o cualquier otra condición social".

En suma, las problemáticas señaladas, tanto de orden político, técnico, administrativo como financiero, plantean un cambio estructural progresivo de todo el sector salud para garantizar su acceso universal. Por ende, un financiamiento sostenible para el acceso universal de salud conlleva el análisis de varios factores para la formulación de una política coherente que oriente el desarrollo sectorial en esta materia.

## **6.2. Lineamientos de Política**

### **6.2.1. Derechos**

- ⇒ Fortalecimiento de la construcción de ciudadanía en salud a través de sus entes organizados.
- ⇒ Promoción de los derechos y responsabilidades ciudadanas referentes a la salud a través de la educación, medios de comunicación, líderes comunitarios, iglesias, entre otros.

### **6.2.2. Reforma del sector salud**

- ⇒ Mejora del proceso de gestión presupuestaria y la observancia de un respeto irrestricto y oportuno del presupuesto para la salud.
- ⇒ Creación de mecanismos de financiamiento sostenible que garanticen acceso universal a servicios integrales de salud.

### **6.2.3. Optimización del gasto en salud**

- ⇒ Fomento y fortalecimiento de la gestión descentralizada y participativa del financiamiento para la salud en el marco de las políticas nacionales de salud.
- ⇒ Ejercer abogacía para que se garanticen los recursos públicos con el fin de lograr el acceso universal a servicios sociales integrales de salud, especialmente para mantener y superar los logros de salud pública (inmunizaciones, control de deficiencia de yodo y otros).
- ⇒ Ampliación del financiamiento a las prestaciones de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.
- ⇒ Optimización de la Ley de Maternidad Gratuita integrando el fondo solidario local de salud e inyectando recursos para promoción y prevención en salud sexual y reproductiva, considerando la interculturalidad y la diversidad socio-cultural.
- ⇒ Integración de los recursos del Ministerio de Salud, de la Seguridad Social y los provenientes de aportes ciudadanos, en el marco del SNS, para posibilitar establecer un seguro solidario en el país.

### **6.2.4. Evaluación**

- ⇒ Estructuración de un modelo de aseguramiento universal en donde la seguridad social sea real, con la integración y sensibilización de todas las Instituciones integrantes del Sistema Nacional de Salud.

### **6.2.5. Aspectos legales (reformas)**

- ⇒ Fomento de una reforma legal para que la inversión en capital humano no sea considerada como gasto corriente en el marco de la Ley de Transparencia y Responsabilidad Fiscal.

### **6.2.6. Servicios de salud**

- ⇒ Tomar como modelos de atención equitativa el Programa de Maternidad Gratuita y de Vacunación.

- ⇒ Complementariedad de los diferentes esquemas de prestación y aseguramiento para crear un sistema de protección social basada en la solidaridad, equidad y eficiencia, atendiendo a grupos sociales vulnerables: tercera edad, adolescentes embarazadas, discapacitados, infantes, jóvenes; respetando la etnia, las preferencias sexuales, la diversidad cultural, etc.
- ⇒ Generación de una verdadera coordinación de las diferentes instituciones de la salud, mediante una red de servicios de atención única que aglutine los diversos prestadores de manera progresiva.

### 6.2.7. *Financiamiento*

- ⇒ Redistribución de los recursos en función de las necesidades de los grupos más postergados.
- ⇒ Incremento del financiamiento de las Áreas de Salud y vigilancia de su correcta ejecución con énfasis en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- ⇒ Elaboración de planes de acción que incluyan el presupuesto, en el seno del Consejo Cantonal de Salud y generación de espacios de socialización y veeduría ciudadana.
- ⇒ Asignación de manera eficiente, efectiva y oportuna del presupuesto de salud.
- ⇒ Asignación del presupuesto a las Áreas de Salud de acuerdo a la producción y necesidades insatisfechas.
- ⇒ Dada la situación financiera del país, desarrollo del aseguramiento universal a través de un proceso progresivo según las posibilidades de financiamiento, iniciando con Atención Primaria de Salud.
- ⇒ Para lograr factibilidad y sostenibilidad financiera, recomendar el uso de las siguientes fuentes: Aportaciones que realizan los empleados públicos y privados; los aportes de los comerciantes y empresarios por medio del SRI; porcentaje de Importaciones y exportaciones; utilidades de las casas farmacéuticas; recorte a las asignaciones de Diputados y destinar ese fondo al Seguro Universal; o bien, que un porcentaje del sueldo del diputado se destine al Seguro Universal; contribuciones de las Prefecturas, los Municipios y las Juntas Parroquiales (Ley del 15%).
- ⇒ Dada la actual dispersión y duplicación del gasto, generar la creación de un Fondo Nacional de Salud en cuya gestión se incluya la transparencia y la rendición de cuentas como condiciones primordiales.
- ⇒ Garantizar el financiamiento sustentable a través de la optimización de recursos, minimización de costos; aportados por diferentes sectores nacionales, locales, etc.
- ⇒ Generación de espacios de participación comunitaria en el manejo de los recursos de salud.
- ⇒ Formulación de planes estratégicos participativos basados en los indicadores demográficos locales y establecer la veeduría social para su cumplimiento.
- ⇒ Fortalecimiento de espacios de concertación ciudadana a través de los Comités de desarrollo cantonal y/ o Comités de gestión cantonal. además crear en el marco de esta estructura comités de control social para promover las veedurías ciudadanas y así dar la posibilidad a la ciudadanía de realizar control social en temas de salud

### 6.2.8. *Veeduría y seguimiento*

- ⇒ Fomento, en el marco de la estructura de Comités, del control social para promover las veedurías ciudadanas.
- ⇒ Planificación de los servicios de salud y la veeduría social para el rendimiento de cuentas.

- ⇒ Aplicación de políticas de asignación transparentes y con mecanismos de rendición de cuentas.

## TEMA 7: PLAN DE ACCIÓN DEL CONASA

Los resultados generados en el II Congreso representan en buena medida las demandas y expectativas que plantean los diferentes actores del sector salud, por lo que es necesario formular un Plan de Acción para el Seguimiento de las propuestas contenidas en la Agenda Política y en la Declaración de Guayaquil con la participación de los entes involucrados y coordinado por el Consejo Nacional de Salud a fin de impulsar su desarrollo y cumplimiento.

En este sentido, se deben considerar los siguientes lineamientos de acción que servirán de base para la planificación operativa de los próximos dos años:

- a) Difusión y devolución de la información, a través de diferentes medios y en todas las provincias del país, de los resultados del II Congreso (Memoria), destacando las propuestas y acuerdos logrados en la Agenda Política y la Declaración de Guayaquil.
- b) Retroalimentación del contenido de las memorias y definición de mecanismos de implementación y cumplimiento de los lineamientos generales en cada una de las instituciones.
- c) Orientación del Plan de trabajo de las Comisiones del CONASA para apoyar el cumplimiento de las propuestas contenidas en la Agenda Política de Salud y su desagregación programática para los próximos dos años.
- d) Desarrollo de una estrategia de seguimiento continuo (con metas e indicadores) de cada una de las propuestas de la Agenda Política para promover su cumplimiento con la participación de las entidades involucradas.
- e) Apoyar la conformación y funcionamiento de los Consejo Provinciales y Cantonales de Salud, como espacios de concertación sectorial para la formulación de los planes de salud correspondientes y la organización del Sistema Nacional de Salud.
- f) Apoyo a las iniciativas de la sociedad civil para la organización de veedurías ciudadanas en salud y su participación en el desarrollo de los compromisos adquiridos en el II Congreso.
- g) Coordinación y apoyo al Comité Organizador Local en las actividades preparatorias para la organización del III Congreso Nacional por la Salud y la Vida, a realizarse en la ciudad de Cuenca en el primer semestre del 2006.