

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

CONASA

ECUADOR

# Memorias

## III CONGRESO POR LA SALUD Y LA VIDA

Dr. César Hermida Piedra

Cuenca 2007



### Concertación ciudadana en salud hacia la Asamblea Nacional Constituyente



SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Ministerio de Salud Pública - Ministerio de Bienestar Social - IESS - AFEME - Gremios Profesionales  
Junta de Beneficiencia de Guayaquil - SOLCA - Fuerza Pública - CONCOPE - AME - Entidades de Salud  
Privada - Organizaciones No Gubernamentales - Trabajadores de la Salud

CONSEJO NACIONAL DE SALUD

**Consejo Nacional de Salud**

# **Memorias**

**III Congreso por la Salud y la Vida**

**Cuenca 2007**

## Directorio del Consejo Nacional de Salud

### Comisión Organizadora Nacional III Congreso por la Salud y la Vida “Dr. César Hermida Piedra”

Dra. Caroline Chang Campos  
**Ministra de Salud Pública - Presidenta del Directorio**

Ec. Jeaneth Sánchez  
**Ministra de Bienestar Social**

Dra. Nancy Vásconez  
**Directora General de Salud**

Dra. Betty Amores  
**Directora General del IESS**

Lcda. Elena Valdivieso  
**Presidenta de AFEME**

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

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

Dr. Santiago Contreras  
**Representante de SOLCA**

CrnI. CSM Dr. Dario Gallegos  
**Representante de la Fuerza Pública**

Arq. Rodrigo Vivar  
**Representante del CONCOPE**

Sr. Lorens Olsen Pons  
**Presidente de la AME**

Dr. Leonardo Pazmiño  
**Representante de las Entidades de  
Salud Privadas con fines de lucro**

Dr. Nelson Oviedo  
**Representante de las Entidades de  
Salud Privadas sin fines de lucro**

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

Dr. Jorge Luis Prospero  
**Representante OPS/OMS en el Ecuador**

Dra. Mercedes Borrero  
**Representante UNFPA en el Ecuador**

Sra. Cristian Munduate  
**Representante UNICEF en el Ecuador**

Dr. Jorge Albán Villacís  
**Director Ejecutivo**

## Consejo Nacional de Salud

### Comité Técnico Nacional III Congreso por la Salud y la Vida

Dr. Jorge Albán Villacís	Director Ejecutivo CONASA
Dra. Nancy Vásconez	Directora General de Salud
Dr. Ricardo Cañizares	Comisión de Organización y Participación Social
Dr. Jorge Luis Prospero	Representante OPS/OMS en Ecuador
Sra. Mercedes Borrero	Representante UNFPA en Ecuador
Dr. Juan Vásconez	Delegado UNICEF
Dr. Edmundo Granda	Delegado OPS/OMS
Dr. César Hermida	Delegado UNFPA

### Equipo de Facilitación Nacional del III Congreso por la Salud y la Vida

Dra. Irina Almeida Mariño	Consejo Nacional de Salud
Lcda. María Isabel Cabrera	Consejo Nacional de Salud
Dra. Narcisca Calahorrano	Consejo Nacional de Salud
Dra. Lilián Calderón Layedra	Consejo Nacional de Salud
Dra. Sandra Jaramillo	Consejo Nacional de Salud
Ing. Gustavo Vizcaíno	Consejo Nacional de Salud
Dra. Marcia Brito	Ministerio de Salud Pública
Dr. Víctor Tapia	Subsecretaría Región Costa e Insular
Dra. Jenny de Mori	Subsecretaría Región Costa e Insular
Dr. Víctor Araúz	OPS/OMS
Dr. Edmundo Granda	OPS/OMS
Dra. Amparo Herrera	OPS/OMS
Dr. César Hermida	UNFPA
Dr. Patricio Inca	UNFPA
Dr. Juan Vásconez	UNICEF
Dr. Marco Freire	PLAN

### Equipo técnico CONARHUS

Dr. Milton Gross	CONASA CIRHUS
Dra. Magdalena Galindo	MSP CONARHUS CIRHUS

### Equipo administrativo CONASA

Lcda. Inés León	Jefe de Servicios Institucionales
Sra. Eblin Armijos	Contadora
Ing. Lorena Gaibor	Tesorera
Dr. Julio León	Asesor jurídico
Lcda. Clemencia Carrillo	Comunicadora Social
Sra. Mónica Salgado	Asistente administrativo
Sra. Genoveva Merizalde	Responsable de adquisiciones
Sr. Carlos Barrera	Responsable de bienes
Ing. Harold Soria	Responsable informático
Sra. Blanca Páez	Auxiliar administrativo
Sr. Alfonso Aldáz	Auxiliar administrativo
Sr. Patricio Flores	Auxiliar administrativo
Sr. Rudy Jácome	Auxiliar administrativo

## **Editores responsables**

Dr. Jorge Albán Villacís  
Dr. Milton Gross Albornoz  
Dr. Edmundo Granda Ugalde  
Dr. César Hermida Bustos

## **Créditos**

Dr. Jorge Albán Villacís  
Dr. Milton Gross Albornoz  
Dra. Irina Almeida Mariño  
Lcda. María Isabel Cabrera  
Dra. Lilián Calderón Layedra  
Dra. Narcisa Calahorrano  
Dra. Sandra Jaramillo  
Ing. Gustavo Vizcaíno

Dr. Edmundo Granda Ugalde  
Dr. César Hermida Bustos  
Dra. Amparo Herrera Cárdenas  
Dr. Víctor Araúz  
Dra. Cecilia Tamayo  
Dr. Ramiro Echeverría Tapia  
Dra. Marcia Brito  
Dra. Magdalena Galindo

## **Diseño y diagramación**

Mi-lú diseño

## **Impresión**

Imprenta Don Bosco  
6.000 ejemplares

# índice

## Sección PRESENTACIÓN CONASA

7	<u>Directorio CONASA/Comisión Organizadora Nacional III Congreso por la Salud y la Vida</u>
9	<u>Consejo Nacional de Salud</u>
13	<u>Introducción</u>

## Sección TÉCNICA

### MARCO REFERENCIAL

15	<u>Decreto de Estado de Emergencia Sanitaria</u>
16	<u>Convenio de cooperación MSP, IESS y CONASA</u>
18	<u>La Asamblea Constituyente en la elaboración de la Constitución Política</u>
22	<u>Acto inaugural III Congreso por la Salud y la Vida</u>

## Sección PRIMERA FASE

### SEGUIMIENTO DE LA AGENDA POLÍTICA EN SALUD-II CONGRESO POR LA SALUD Y LA VIDA

29	<u>Declaración de Guayaquil 17 de septiembre de 2004</u>
31	<u>Agenda Política en Salud 2004-2006</u>
36	<u>Talleres regionales y provinciales de seguimiento de la Agenda Política en Salud 2004-2006</u>
	<u>Instructivo para llenar el formulario por temas del seguimiento de la Agenda Política del</u>
41	<u>II Congreso por la Salud y la Vida</u>
50	<u>Plan de análisis por ejes temáticos del seguimiento de la Agenda Política en Salud</u>
59	<u>Informe Nacional de la Primera Fase del III Congreso por la Salud y la Vida</u>

## Sección SEGUNDA FASE

### CONCERTACIÓN CIUDADANA EN SALUD HACIA LA ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE

79	<u>El proceso general de planificación</u>
84	<u>Guía de facilitación para el análisis y discusión de los ejes temáticos</u>
	<u>Asignación de participantes, cronograma de actividades de los talleres provinciales previos al</u>
110	<u>III Congreso por la Salud y la Vida</u>
113	<u>Temas III Congreso por la Salud y la Vida</u>

## Sección TERCERA FASE

### III CONGRESO POR LA SALUD Y LA VIDA-DR. CÉSAR HERMIDA PIEDRA

119	<u>Proceso de nominación del III Congreso por la Salud y la Vida</u>
122	<u>Semblanza del Dr. César Hermida Piedra</u>
123	<u>Agenda III Congreso por la Salud y la Vida</u>
128	<u>Mesas de trabajo: Recomendaciones para el Plan de Acción 2007-2009</u>
153	<u>Mesas de trabajo: Propuestas para la Asamblea Nacional Constituyente</u>
158	<u>Declaración de Cuenca "Por una Salud Equitativa, Digna y de Calidad"</u>
161	<u>Actores y ámbitos de responsabilidad de los lineamientos del Plan de Acción del III COSAVI</u>
	<u>Plan Operativo de Actividades del CONASA 2007 ajustados a los lineamientos del Plan de</u>
164	<u>Acción del III COSAVI</u>
169	<u>Propuestas del articulado en salud para la Asamblea Nacional Constituyente</u>
173	<u>Colofón</u>

## Introducción

En el periodo 2002-2007 se han realizado tres Congresos por la Salud y la Vida, dos de ellos en el marco de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud<sup>1</sup> siempre bajo la responsabilidad organizativa del Consejo Nacional de Salud con el liderazgo del Ministerio de Salud Pública como Autoridad Sanitaria Nacional.

En este sentido, el III Congreso por la Salud y la Vida “Dr. César Hermida Piedra” realizado en la ciudad de Cuenca, del 9 al 11 de abril del 2007, en homenaje a la celebración de sus 450 años de fundación se constituye en un hecho histórico, ya que se desarrolló en el contexto de un nuevo Gobierno Constitucional<sup>2</sup> que ha privilegiado la salud como un derecho humano fundamental,

1 Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Artículo 19. Numeral 6.

2 Hacia una mejor política económica

- En los últimos años el país ha carecido de política económica, peor aún de largo plazo. A lo sumo se ha hecho contabilidad pública.
- Una verdadera política fiscal busca la más eficiente asignación de recursos.
- Los objetivos sociales deben ser considerados, además de un fin en sí mismo la mejor manera de conciliar los objetivos de política de corto y largo plazo.
- Sobre todo, jamás las aparentes exigencias económicas pueden ser excluyentes y pero aún antagónicas del desarrollo social.

Para el caso concreto del gasto social

- Claramente, problema no es solo de calidad, sino de cantidad de recursos.
- Superar falso dilema entre gasto corriente y gasto de inversión.
- Cambiar lógica de proyectos sociales financiados con deuda externa.
- Entender que el problema de recursos para el sector social no es un problema técnico sino político.
- Lograr un pacto fiscal y social, para que la asignación de recursos realmente responda al bien común.

Políticas Económicas y Financiamiento de la Salud del Ecuador. Extracto de la presentación del Señor Economista Rafael Correa Delgado en el II Congreso por la Salud y la Vida. Guayaquil, septiembre del 2004.

inscribiéndose además en el marco de la estrategia de la extensión de la protección social en salud, con claros lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud Pública que conceptualiza la salud como un derecho básico, la preeminencia de los intereses de la salud pública sobre los comerciales y económicos, la garantía de acceso y cobertura en condiciones de equidad y la rectoría del Sistema Nacional de Salud; con la implementación de un modelo de atención integral e integrado con enfoque comunitario, familiar, pluricultural y de género, basado en la estrategia de atención primaria de salud<sup>3</sup>.

El III Congreso denominado “Concertación ciudadana en salud hacia la Asamblea Nacional Constituyente” tuvo la perspectiva de impulsar desde el reconocimiento y lectura crítica de los avances del marco legal y normativo vigente, las reformas del sector fundamentales y necesarias para garantizar y efectivizar el derecho ciudadano a la salud de los y las ecuatorianas que todos anhelamos.

3 Extensión de la protección social en salud en el marco de la Asamblea Nacional Constituyente. Extracto de la ponencia presentada por la Señora Doctora Caroline Chang Campos, Ministra de Salud Pública del Ecuador, en el III Congreso por la Salud y la Vida. Cuenca, abril 2006.

Metodológicamente, el Congreso estuvo dividido en tres fases: la primera de seguimiento de los avances de la implementación de la Agenda Política en Salud 2004-2006, realizado a través de una investigación cuali-cuantitativa que partió de la sensibilización de los actores del Sistema Nacional de Salud en tres talleres regionales, tres talleres preparatorios y 22 talleres provinciales.

La segunda fase tuvo como propósito generar espacios para viabilizar las propuestas ciudadanas hacia la Asamblea Constituyente, para lo cual se realizaron, entre febrero y marzo del 2007, tres talleres nacionales, dos talleres preparatorios y 22 talleres provinciales.

En el III Congreso por la Salud y la Vida se presentaron las principales conclusiones de las dos fases anteriores, obteniéndose como resultados de este amplio y participativo proceso democrático el Plan de Acción 2007-2009 y de manera particular la Declaración de Cuenca instrumento político de gran representatividad que contiene los ejes fundamentales en el tema de la salud para consideración de la próxima Asamblea Nacional Constituyente.

Durante este proceso impulsado por el Consejo Nacional de Salud y las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud en estrecha coordinación con el Ministerio de Salud Pública, participaron 7365 ciudadanas y ciudadanos representantes de la sociedad civil y de las instituciones del sector salud, que analizaron y discutieron los ejes temáticos del III Congreso con la clara idea de posicionar de manera definitiva a la salud como un derecho ciudadano, incluyente, eje fundamental del desarrollo y de la vida.

Los Editores

Nº 175

Rafael Correa Delgado

Presidente Constitucional de la República

### Considerando

Que, el artículo 42 de la Constitución Política establece que el Estado garantizará el derecho a la salud de la población y su acceso permanente e ininterrumpido al servicio: de salud equitativos y de calidad;

Que, el artículo 8 de la Ley Orgánica de Salud, numeral 11 establece la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública de solicitar la declaratoria del estado de emergencia sanitaria;

Que, el artículo 259 de la Ley Orgánica de Salud establece que la emergencia sanitaria deberá ser declarada por el Presidente de la República conforme lo manda la Constitución Política;

Que, la población que habita en el territorio ecuatoriano está amenazada por riesgos inminentes de desastres naturales y sociales, inundaciones, erupciones volcánicas, desplazamientos masivos de población y consecuentemente epidemias de enfermedades y otros problemas sanitarios que exigen una respuesta adecuada al aumento de la demanda de servicio de salud;

Que, la infraestructura y equipamiento de las unidades de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública se encuentra en una situación de avanzado deterioro; lo cual, dadas las condiciones de precariedad, favorece el incremento e enfermedades transmisibles;

Que, la asignación presupuestaria del Ministerio de Salud Pública es insuficiente para atender las necesidades de la demanda en forma oportuna;

Que, es necesario mejorar la gestión de los servicios de salud de acuerdo a los niveles de atención;

En ejercicio de las atribuciones contenidas en el artículo 180 de la Constitución Política de la República del Ecuador;

### Decreta

**Art. 1.-** Declárese el Estado de Emergencia Sanitaria en toda la red de servicios del Ministerio de Salud Pública.

**Art. 2.-** Ordénese al Ministerio de Salud disponga la ejecución inmediata de las acciones que fueren indispensables para la atención de la emergencia.

**Art. 3.-** Para el efecto señalado en el artículo anterior, el Ministerio de Salud elaborará los presupuestos y planes de acción, y los remitirá al Ministerio de Economía y Finanzas para que este los ponga a consideración de la Comisión del Fondo de Ahorro y Contingencias, a fin de que el Presidente Constitucional de

la República expida el respectivo decreto ejecutivo, de conformidad con la ley, en el que se precisará el monto, el destino de los recursos, para que el Ministerio de Salud pueda ejecutar las acciones necesarias a fin de atender la emergencia.

**Disposición Final.-** De la ejecución y cumplimiento de este Decreto Ejecutivo, que entrará en vigencia sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguese el señor Vicepresidente Constitucional de la República, Presidente de la Comisión de Ahorro Contingencias, los señores Ministros de Salud y Economía y Finanzas.

Dado en el Palacio Nacional en San Francisco de Quito, Distrito Metropolitano el día de hoy 11 de marzo de 2007



Rafael Correa Delgado  
Presidente Constitucional de la República del Ecuador



Ricardo Patiño Aroca  
Ministro de Economía y Finanzas



Caroline Chang  
Ministra de Salud Pública



# EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

## L I N E A M I E N T O S P O L Í T I C O S P A R A L A A C C I O N



### Convenio de cooperación entre: el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y el Consejo Nacional de Salud

#### Comparecientes

Intervienen en la celebración del presente Convenio de Cooperación, la Señora Doctora Caroline Chang Campos, Ministra de Salud Pública y Presidenta del Directorio del Consejo Nacional de Salud y el Señor Doctor Ernesto Díaz Jurado en su calidad de Director General y representante legal del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, quienes para efecto del presente Convenio se denominarán el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social respectivamente; con capacidad para contratar, domiciliados en la ciudad de Quito; quienes libre y voluntariamente convienen en celebrar el presente Convenio.

#### Antecedentes

La Constitución Política del Estado en su artículo 42 establece: “El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción, 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”

La Constitución en su artículo 45 determina: “El Estado organizará un sistema nacional de salud que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa”

La Constitución dispone en su artículo 55: “La seguridad social será deber del Estado y derecho irrenunciable de todos sus habitantes. Se prestará con la participación de los sectores público y privado, de conformidad con la ley”.

La Constitución en su artículo 56 determina: “Se establece el sistema nacional de seguridad social. La seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia, para la atención de las necesidades individuales y colectivas en procura del bien común”

El artículo 2 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud establece que la finalidad del Sistema es “mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud”.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud en su artículo 5 determina que 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”.

El artículo 1 de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia establece “Toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y posparto,

así como al acceso a programas de salud reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos - nacidas y niños - niñas menores de cinco años como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado”

El Gobierno Constitucional del Economista Rafael Correa Delgado ha priorizado el sector social estableciendo que la extensión de la protección social en salud será universal y sin costo directo para la población, y frente a la Declaratoria del Estado de Emergencia del Sector Salud, el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, instituciones del Estado prestadoras de servicios públicos, aunarán esfuerzos para la construcción y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.

### Objetivo General

El presente Convenio tiene como objetivo general fortalecer el Sistema Nacional de Salud con la rectoría del Ministerio de Salud Pública, a través de la acción mancomunada y articulada, del Ministerio de Salud y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social para ampliar y mejorar la cobertura de los servicios de salud y garantizar a la población ecuatoriana una atención con equidad, calidad y eficiencia.

### Objetivos Específicos

1. Coordinar e intercambiar las prestaciones en el marco del Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, mediante un sistema de información y pago recíproco.
2. Constituir y fortalecer la red plural de servicios de salud locales basada en la atención primaria de salud y su nexa con el nivel hospitalario.
3. Fortalecer el modelo de gestión por niveles con la participación de los Consejos Cantonales, Provinciales y Nacional de Salud, reconocidos en la Ley Orgánica del Sistema, asegurando la veeduría ciudadana.
4. Crear un mecanismo de pago por las prestaciones brindadas que garanticen la extensión de cobertura en salud.
5. Dotar de los recursos humanos necesarios para la ejecución de este Convenio, guiados por los principios y estrategias de carrera sanitaria.

### Obligaciones de las partes

1. Nominar delegados, en un plazo no mayor de tres días posteriores a la suscripción de este Convenio, para conformar una Comisión entre el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social con el apoyo del Consejo Nacional de Salud y la Cooperación Técnica del Sistema de Naciones Unidas.
2. Estudiar la factibilidad de ampliación progresiva de cobertura y su financiamiento a los cónyuges y menores de seis años para los afiliados al IESS y para los beneficiarios del Bono de Desarrollo y sus familiares.

3. Desconcentrar la provisión de información a nivel provincial de los derechos habientes, en el caso del IESS; y, beneficiarios de Bono de Desarrollo Humano, en el caso del MSP.
4. Definir mecanismos de pago recíproco de las prestaciones.
5. Establecer las prioridades de gestión de los recursos humanos para coadyuvar al propósito de este Convenio.
6. Establecer las prioridades de los recursos de infraestructura y equipamiento.

### Disposiciones Transitorias

1. La Comisión creada establecerá en el período de treinta días la programación conjunta para la implementación de las prestaciones y más mecanismos necesarios para su ejecución en las provincias de Galápagos, Manabí, Azuay y Orellana.
2. En el período de 180 días, de manera progresiva se complementará la programación para la implementación en todas las provincias.

Las partes aceptan el total contenido del presente convenio y para constancia y conformidad, lo suscriben en cinco ejemplares del mismo tenor y efecto legal.

Dado en Quito, Distrito Metropolitano a los 12 días del mes de marzo del 2007.

**Economista Rafael Correa Delgado**  
Presidente Constitucional de la  
República del Ecuador  
Testigo de Honor

**Dra. Caroline Chang Campos**  
Ministra de Salud Pública  
Presidenta del CONASA

**Dr. Ernesto Díaz Jurado**  
Director General del IESS

**Dr. Wellington Sandoval Córdova**  
Presidente del Consejo Directivo del  
IESS

**Dr. Jorge Albán Villacís**  
Director Ejecutivo del CONASA



Yash Ghai<sup>1</sup>

## La Asamblea Constituyente en la elaboración de la Constitución Política<sup>2</sup>

Reproducido con el permiso de International Institute for Democracy and Electoral Assistance IDEA Copyright (c)

[http://en.wikipedia.org/wiki/International\\_Institute\\_for\\_Democracy\\_and\\_Electoral\\_Assistance](http://en.wikipedia.org/wiki/International_Institute_for_Democracy_and_Electoral_Assistance)  
última acceso: 28-05-07

### Introducción

Con el actual incremento en los procesos de formulación de constituciones políticas alrededor del mundo, ha aumentado también el interés en cuanto al papel de las asambleas constituyentes.

La característica distintiva de una asamblea constituyente es que esta se establece para redactar una constitución, o al menos esa es su función primordial, siendo esta todavía la modalidad más común para llevar a cabo ese proceso. A diferencia de otras épocas, una constitución no es aceptada ya como una imposición de parte de un grupo dominante sobre otros o una concesión de un monarca o presidente.

Establecer una diferenciación entre una asamblea constituyente y otros mecanismos de toma de decisiones podría sugerir que se trata de una “especie” distinta, con sus características generalmente aceptadas. Pero el hecho es que puede tener –y de hecho las ha tenido– enormes diferencias en cuanto a su composición, funciones y modalidades de operación. Estas diferencias tienen un impacto fundamental en la conducción del proceso de formulación constitucional, así como en su orientación y resultado final<sup>3</sup>.

Una asamblea constituyente debe verse en el contexto del proceso completo de elaboración de una nueva constitución. En algunos países esa instancia ha tenido a su cargo todo el proceso, mientras que en otros ha compartido esa tarea con otras instituciones, incluso hasta darle fuerza de ley al nuevo documento.

1 La elaboración de este documento fue encargada al autor por el Instituto para la Democracia y la Asistencia Electoral, International IDEA.

2 Se reproduce modificado con la correspondiente autorización.

3 El documento original examina diversas posibilidades, aprovechando la experiencia de muchos países en este campo desde la convención americana y la asamblea francesa de los años de 1790, hasta la Conferencia Nacional Keniana celebrada 2001 y la Asamblea Nacional de Transición de Irak en 2005.

Por lo tanto, cuando se toma la decisión de convocar a una asamblea constituyente, resulta importante enfocarse en su relación con otros aspectos del proceso, incluyendo la cuestión fundamental de cómo iniciar el proceso de reforma y cómo desarrollar un consenso en torno a las instituciones y los métodos (...)

### La importancia de la elaboración de una Constitución

En décadas recientes ha habido una actividad considerable en términos de la elaboración y revisión de constituciones políticas<sup>4</sup>, lo cual refleja un cambio en la percepción sobre su importancia y propósitos. Varias constituciones contemporáneas han marcado el fin de una época y el inicio de otra distinta bajo la hegemonía de nuevas fuerzas sociales, entre las cuales los países de Europa Oriental ofrecen

4 Entre el año 1990 y el 2000, 17 naciones africanas, 14 naciones latinoamericanas y casi todos los estados de la era comunista de Europa Oriental y la antigua Unión Soviética introdujeron modificaciones drásticas o reemplazaron sus constituciones (Van Coot, 2000). En la actualidad varios países están en proceso de revisar sus constituciones o estas son el centro de negociaciones, entre ellos Bolivia, Kenia, Bután, Nepal, Sri Lanka, las Maldivas, las Islas Salomón, Bosnia- Herzegovina, Kosovo, Irak y la República Democrática del Congo.

buenos ejemplos. Algunas reflejan el compromiso o la presión hacia una mayor democratización, como consecuencia del desencanto motivado por un régimen unipartidista o militar, como ocurrió en Tailandia, Brasil, Argentina y Mozambique. En otros países, siendo de particular interés Nepal, estas son el resultado de acuerdos logrados tras antiguos conflictos internos, centrados en la reconfiguración del Estado a través de un proceso de negociación –con frecuencia con la ayuda de mediadores externos– cuando ninguna de las partes lograba imponerse militarmente o si el costo del conflicto se tornaba inaceptablemente alto, tal como el caso de Sudáfrica, Irlanda del Norte, Afganistán, Irak, Bosnia-Herzegovina y Sudán.

Muchos conflictos internos giran en torno a la estructura del Estado y la distribución de sus atribuciones y recursos. En este sentido, al menos hasta cierto punto se trata de conflictos en torno a la constitución política, cuya resolución a menudo se logra con éxito cuando surge y se llega a instituir un nuevo documento a partir de un consenso (en los Acuerdos de París en el caso de Camboya, por ejemplo, se estableció que las responsabilidades de las Naciones Unidas concluirían con la adopción de la Carta Magna). Si bien la adopción de un nuevo documento constitucional marca un hito, no sería realista asumir que con ello se resuelven todos los problemas o que este va a arraigarse automáticamente, puesto que requiere nutrirse y es necesario considerar las distintas medidas a adoptar para que alcance plena vigencia.

El documento constitucional debe abordar no solo la estructura del gobierno, sino también la forma en que las comunidades se relacionan con esa estructura y otros aspectos sociales críticos. Aunque las negociaciones en torno a la constitución se consideran como el método idóneo para resolver diferencias, el hecho es que el proceso que conduce a su formulación puede ser en sí mismo profundamente divisivo, debido a que hay mucho en juego (el proceso en Kenya durante el período 2000-05, ilustra el aspecto de la unificación y el de la división)<sup>5</sup>. Se trata de un proceso a menudo divisivo.

### Objetivos del proceso de elaboración constitucional

Hoy en día una constitución será prácticamente en todos los casos un documento negociado, un pacto entre diversas comunidades y regiones<sup>6</sup>. Es necesario que los objetivos y componentes del proceso reconozcan el carácter negociado de la constitución utilizando la palabra “componentes” para referirse a los procesos que involucra, más que a las instituciones (tales como la asamblea constituyente) que los llevarán a cabo.

Si bien la constitución es un producto de importancia crítica dentro del proceso, este cumple con varios objetivos que también son importantes y pueden tener otras funciones, ya sea en forma intencionada o no intencionada.

- La reconciliación entre los grupos
- El fortalecimiento de la unidad nacional
- El empoderamiento de la ciudadanía y su preparación para participar en la vida pública, así como para el ejercicio y protección de sus derechos
- La elaboración en torno a los objetivos y valores nacionales
- La ampliación de la agenda para el cambio
- La promoción del conocimiento y respeto por los principios del constitucionalismo
- El fortalecimiento de la legitimidad de la búsqueda de acuerdos y de la propia constitución.

En una sociedad en conflicto (y la mayoría de las sociedades que vayan a formular una nueva constitución lo harán debido a algún tipo de conflicto, ya sea pasado presente) el proceso de formulación constitucional debe cumplir la función de promover la reconciliación entre los grupos enfrentados. De hecho, a menos que exista una sensibilidad en torno a este aspecto, cabe el riesgo de que el proceso de formulación constitucional demuestre ser divisivo y por lo tanto contraproducente. El propio proceso debe estar diseñado e implementarse de forma tal que fortalezca la unidad nacional y el sentido de una identidad nacional en común, lo cual no se logrará si no se trata de un proceso inclusivo en el que todos se sientan involucrados, y no solo las partes activamente involucradas en el conflicto. Esto significa que todos los aspectos de la diversidad nacional deberán reconocerse y quedar reflejados en el proceso, incluyendo las diversidades religiosas y lingüísticas. El proceso, y la constitución resultante, deben constituir un trampolín hacia el futuro, más que una culminación. Es posible por lo tanto, que haga más que definir el marco de gobierno y que se trate de un proceso de elaboración de los objetivos y valores nacionales y de ampliación de la agenda de cambios, los cuales pueden o no quedar condensados en última instancia en el documento, pero el ejercicio de formulación constitucional en sí mismo puede ser

5 Yash Ghai y Jill Cottrell, “Constitution making and democratization in Kenya, 2000-2005”, por publicarse en el 2007 (1) Democratization.

6 Para un análisis más detallado sobre la importancia de las constituciones en situaciones de conflicto, véase Yash Ghai, “A Journey Around Constitutions: Reflections on Contemporary Constitutions”, South African Law Journal, 2005, Vol. 122 (4) y Vivien Hart: “Constitution Making and the Transformation of Conflict”, 2001, Peace and Change, vol. 26(2) pp. 153-176.



un importante catalizador de este proceso más amplio, en especial si se diseña de forma tal que contemple debates y discusiones nacionales y que permita determinar los intereses de toda la ciudadanía y no solo los de las élites o las poblaciones urbanas. De hecho, tal debate nacional puede ser un efecto secundario no oficial de un proceso oficial. Si bien ciertamente no debe ser el objetivo del proceso oficial controlar, absorber ni apoderarse del debate no oficial, resulta importante que exista un mecanismo para que los puntos de vista e intereses de la ciudadanía se vean reflejados en el proceso oficial y en el documento final.

Un proceso de desarrollo constitucional puede tener un poderoso impacto en la sociedad y en la política al empoderar a la ciudadanía. Si este es inclusivo, reconocerá la soberanía popular. Puede servir para incrementar su conocimiento y capacidades y para prepararla para participar en los asuntos públicos y para el ejercicio y la protección de sus derechos de cara al futuro. Por consiguiente, tiene un impacto importante en las posibilidades de éxito de la nueva constitución, lo cual también hace al promover el conocimiento y el respeto por los principios del constitucionalismo y al fortalecer la legitimidad del compromiso alcanzado y del nuevo documento constitucional, asumiendo que este sea verdaderamente percibido como un reflejo de los intereses reales del pueblo.

Muchos de los objetivos del proceso recién expuestos no pueden alcanzarse en ausencia de una amplia participación pública. Hoy en día existe un consenso en cuanto a que ciertas normas, basadas en los principios de autodeterminación y en los derechos políticos, deben incorporarse al diseño del proceso.

De hecho, hay quienes argumentan que existe el derecho humano de participar en la elaboración de una constitución bajo la cual vivirá y será gobernado un pueblo<sup>7</sup>.

Sin embargo, el tema de la participación pública resulta más problemático de lo que por lo común se reconoce y de hecho no se ha estimulado en muchos procesos recientes surgidos del conflicto.

### Participación

Puesto que la participación popular es un tema importante en la elaboración de las constituciones contemporáneas, vale la pena hacer algunas afirmaciones preliminares a este respecto. Es hasta hace poco tiempo que la participación popular tiene cabida en el proceso de formulación constitucional. Como quedó tipificado en la convención de Filadelfia en que se redactó la constitución de los Estados Unidos o en el llamado consejo parlamentario o asamblea constituyente alemana conformada después de la II Guerra Mundial, tradicionalmente ha existido una desconfianza considerable en cuanto a la participación popular directa del pueblo, así como dudas en cuanto a su capacidad para entender temas complejos como los propósitos, formas y estructura del poder estatal<sup>8</sup>. La respuesta a estas inquietudes fue la “democracia representativa”.

7 Tom Franck, “The Emerging Right to Democratic Governance” (1992) 86 AJIL 46.

8 Suiza ha sido siempre una excepción: durante mucho tiempo ese país ha reconocido la autoridad del pueblo para emprender directamente cualquier cambio constitucional, mediante una propuesta sometida ante 50.000 votantes y sujeta a referendo.

Hoy en día, sin embargo, se presta más atención al aspecto de la soberanía popular. Si tal soberanía de hecho se ha conferido y fluye desde el pueblo, una implicación del principio de autodeterminación, resulta natural que el pueblo mismo determine cómo esta ha de delegarse y ejercerse. Este énfasis en la soberanía popular es sin duda una respuesta al reclamo y abuso del poder soberano por parte de numerosos gobiernos en décadas recientes<sup>9</sup>, aunque también hay razones más pragmáticas para exaltar la participación popular.

A diferencia quizás de las constituciones clásicas y más antiguas, las contemporáneas no son necesariamente un reflejo de los sistemas de gobierno o las relaciones de poder vigentes, ni consolidan de esa forma el dominio de una clase o grupo étnico particular sobre otro. Más bien, se trata de instrumentos para fortalecer la unidad nacional y la integridad territorial, que definen o acentúan una ideología nacional y desarrollan una agenda colectiva para el cambio social y político en forma negociada antes que impuesta. En años recientes, muchas constituciones han sido formuladas en el período subsiguiente a guerras civiles, de forma que una función importante del proceso es promover la reconciliación entre

9 Ello contrasta con la actitud de quienes formularon la constitución en Alemania (y en otros estados europeos después de la II Guerra Mundial, en donde la confianza en la capacidad y el criterio del pueblo había quedado destruida. En palabras de Bogdanor: “Había, en las constituciones del período de posguerra inmediata -la Cuarta República en Francia, la italiana y la alemana (así como la japonesa)- una comprensible repugnancia hacia la filosofía que exaltaba las capacidades políticas del ciudadano promedio... En ninguna parte del Continente puede encontrarse una genuina ‘creencia en el hombre común’ (1988: 8). Este autor también emite un juicio: “Quizás sea por esta razón que las constituciones de Italia, Alemania y Japón han demostrado ser tanto más duraderas que sus antecesoras en los países de Europa Central y Oriental en el período entre guerras, marcadas por un entusiasmo positivo de las masas por la determinación nacional y por la realización de los derechos económicos y sociales. Optimismo que, sin duda, es rara vez una buena guía para la formulación de la constitución.” (pp. 8-9).

comunidades hasta ese momento enfrentadas, en situaciones donde las élites no pueden mediar con facilidad. Si estas son funciones contemporáneas de una constitución, entonces el proceso de su elaboración es decisivo para el desarrollo de un consenso nacional.

En muchas democracias nacientes uno de los vacíos más graves es el que la población no esté en posibilidad y en disposición de involucrarse en el proceso político e insistir en sus derechos. Quizás la gente está acostumbrada a las antiguas formas de gobierno basadas en la tradición, a menudo jerárquicas, en ocasiones arbitrarias y con escasas posibilidades de desafiar la autoridad.

Quizás no comprendan el concepto de gobierno constitucional o no estén en posibilidad de invocar las disposiciones constitucionales que protegen sus derechos. Un proceso de revisión constitucional que contemple un cuidadoso esquema de participación pública puede servir para familiarizar considerablemente a la ciudadanía con el concepto y procedimientos de la autoridad política, así como para granjear el apoyo hacia la idea de un gobierno limitado y obligado al cumplimiento de normas y a rendir cuentas ante dicha ciudadanía<sup>10</sup>.

Al momento de diseñar el procedimiento de participación pública, resulta importante tener en cuenta algunos problemas: la manipulación del pueblo por parte de los grupos de interés, la “etnización” de la opinión pública, la espontaneidad y el populismo, así como la desvalorización del papel de los expertos y el entorpecimiento de la construcción de consensos<sup>11</sup>.

El desafío en cuanto a la participación está en soslayar estos peligros. El procedimiento debe abordar aspectos como la preparación del pueblo desde el punto de vista psicológico e intelectual para tomar parte en el proceso, así como los métodos para solicitar la opinión al público y a grupos especiales

10 En referencia al proceso keniano, Ghai escribe: “La naturaleza y grado de participación pública tuvo sin duda un profundo impacto en el proceso. Amplió la agenda de reformas y convirtió un tema de las élites en una empresa nacional. Facilitó los esfuerzos por redefinir la política el proceso político (y de hecho reemplazó a la política ordinaria). Fue casi la primera vez desde la independencia que el pueblo se involucró en una política “racional” y discursiva y se centró en otros temas distintos a la pertenencia étnica. Promovió no solo las conversaciones entre el pueblo y la comisión, sino también entre la gente misma. Produjo una firme articulación de los intereses de grupos a partir de filiaciones no étnicas (sindicatos vs. empleadores, población rural vs. población urbana, tradición vs. modernidad, sector agrícola vs. sector industrial, desempleados vs. empleados, población mayor vs. Población joven, población discapacitada vs. el resto, mujeres vs. hombres, comunidades pastoriles vs. asentadas) (...)”

11 Uno de los críticos más destacados de la participación pública es Jon Elster (op. cit). Para leer sobre algunas problemáticas en torno a la participación, véase Ghai y Galli, *Constitution Building Processes and Democratisation* (IDEA, 2006). Asimismo, dos evaluaciones críticas sobre la manipulación de la participación en Uganda se presentan en Aili Mari Tripp, 2006, y George Mugwanya, 2001. En Afganistán la comisión constitucional ignoró por completo las opiniones del público; de hecho, en su informe intentó tergiversarlas (información personal).

y organizados, el análisis, evaluación, búsqueda de equilibrios y la incorporación de estos puntos de vista. Tal participación no puede ser un suceso excepcional, sino que debe ser más bien un proceso continuo, que ofrezca oportunidades nuevas para opinar sobre el anteproyecto del texto constitucional, así como formas significativas de participación posterior.

La transparencia y la integridad son fundamentales para ganar y mantener la confianza y la fe de la población y para sortear los peligros de la manipulación; de lo contrario, el proceso puede convertirse fácil y simplemente en otra forma de hacer política, manejada por intereses estrechos y cortoplacistas, lo cual generaría animadversión en lugar de buena voluntad. En otras palabras, la participación debe ser deliberativa y no una simple suma de intereses y demandas.

Gran parte de la discusión sobre la participación popular se centra en la relación entre las instituciones responsables de elaborar la Carta Magna, y el pueblo o las organizaciones sociales. Pero igualmente importantes –y en algunos aspectos incluso más– pueden resultar las iniciativas que asuman las organizaciones de la sociedad civil –sindicatos, organizaciones de mujeres, grupos comunitarios de carácter religioso o cultural, personas discapacitadas, minorías, centros de análisis estratégico, –en términos de facilitar el debate público, educar al pueblo sobre las complejidades y significación del proceso, agrupar y movilizar a la opinión pública, realizar investigaciones, convocar a reuniones y conferencias, hacer trabajo de incidencia y cabildeo y divulgar ideas, trabajando no solamente en hoteles de lujo y en los medios de comunicación –a menudo en otros idiomas– sino también las zonas rurales, en los rincones alejados del país e involucrándose con la gente más que pontificando.

De esta forma, incluso si el proceso formal prevé en poca medida la participación formal, la voz del pueblo será escuchada.



**Dr. Jorge Albán Villacís**  
 Director Ejecutivo del Consejo Nacional de Salud

## Acto inaugural III Congreso por la Salud y la Vida

En nombre del Consejo Nacional de Salud me es grato darles la bienvenida al Tercer Congreso por la Salud y la Vida, que se reúne en un momento de especial trascendencia para el país, justamente cuando se convoca la Asamblea Nacional Constituyente, evento de máximo interés y esperanza para todos los ecuatorianos que anhelamos el desarrollo integral con equidad, salud, educación, trabajo y bienestar.

El III Congreso por la Salud y la Vida se fundamenta en el Derecho irrenunciable a la salud, consustancial con el proceso permanente de construcción ciudadana y de participación social, sustento y objeto de la organización, responsabilidades del Consejo Nacional de Salud (CONASA) que, con ustedes lo inauguramos hoy, cumpliendo con el mandato de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud que, en su artículo 19, numeral 6 establece como una de las principales funciones del CONASA la de “convocar y organizar periódicamente eventos de amplia consulta nacional sobre los temas relevantes para la salud del país”.

En este contexto, realizamos el III Congreso, metodológicamente dividido en tres fases: la primera de seguimiento de los avances de la implementación de la Agenda Política en Salud del II Congreso de Guayaquil; para lo cual el Consejo Nacional de Salud organizó entre septiembre y diciembre del 2006, tres talleres nacionales en Quito, Guayaquil y Cuenca, al que asistieron los Directores, los equipos técnicos de las Direcciones Provinciales, los Prefectos y sus delegados; y, los Representantes de las Juntas Parroquiales del país.

En estos talleres nacionales se establecieron los responsables, tanto de la ciudadanía como de las instituciones, para ejecutar posteriormente 22 reuniones provinciales; en donde se analizó a través de una investigación cuali-cuantitativa el cumplimiento de los acuerdos establecidos en la Agenda Política del II Congreso, informe que fue puesto en consideración del Directorio del Consejo Nacional de Salud en su última reunión del 2006 y en

cada uno de los talleres provinciales que acabamos de concluir y a los que ustedes asistieron.

A partir del 15 de Enero del 2007, en el marco del nuevo Gobierno Constitucional del Presidente Rafael Correa Delgado, que ha privilegiado la salud como un derecho humano fundamental, la segunda fase del III Congreso tomó una importancia trascendental, ya que se inscribe en el mandato ciudadano de llevar adelante una Asamblea Constituyente, que avizora nuevos rumbos y mejores días para la población ecuatoriana, donde se garantice efectivamente su derecho a la salud.

Nos da certera esperanza en este sentido, el compromiso, la voluntad política y de cambio de nuestro Presidente Rafael Correa, quien el pasado 12 de marzo presidió la reunión extraordinaria del Consejo Nacional de Salud donde realizó la Declaración de la Emergencia Sanitaria, hecho histórico y sin precedentes en los 27 años de creación del CONASA, con un claro y expreso reconocimiento de que la salud dejó de ser un patrimonio institucional para convertirse en un derecho humano y en un bien público; y, que la solución de los problemas de y en salud es una responsabilidad ciudadana, de todas y de todos, en el marco del Sistema Nacional de Salud.

En este aspecto y como parte culminante, estamos iniciando el día de hoy en la ciudad de Cuenca, la Atenas del Ecuador que se encuentra celebrando sus 450 años de fundación, la fase final del III Congreso por la Salud y la Vida, que lleva el nombre de uno de los más distinguidos médicos cuencanos, el Dr. César Hermida Piedra, por requerimiento del Señor Alcalde de la Ciudad y del Ilustre Concejo Cantonal de Cuenca, el respaldo de la Señora Ministra de Salud y de todos quienes conocemos la obra del Dr. Hermida Piedra.

El III Congreso se denomina "Concertación ciudadana en salud hacia la Asamblea Nacional Constituyente" con la perspectiva de impulsar desde el reconocimiento y lectura crítica de los avances del marco legal y normativo vigente, las reformas del sector fundamentales y necesarias para garantizar y efectivizar el derecho ciudadano a la salud de los y las ecuatorianas que todos anhelamos.

Durante este productivo, participativo, creador y propositivo recorrido, impulsado por el Consejo Nacional de Salud y las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud en estrecha coordinación con el Ministerio de Salud Pública, se ha realizado 3 talleres nacionales, 44 talleres provinciales y 5 reuniones preparatorias con la participación de 6404 ciudadanas y ciudadanos delegados y representantes de la sociedad civil y de diferentes instituciones del sector salud, que han analizado y discutido los ejes temáticos del III Congreso con la clara idea de posicionar de manera definitiva a la salud como un derecho ciudadano, incluyente, eje fundamental del desarrollo y de la vida.

Las principales conclusiones de las dos fases anteriores serán presentadas durante este III Congreso, a ustedes compañeras y compañeros que fueron elegidos democráticamente en cada una de sus provincias, y que tienen la inmensa responsabilidad de sistematizar y elaborar sobre la base de lo discutido, analizado y propuesto en los talleres provinciales, los lineamientos del Plan de Acción 2007-2009 del Sistema Nacional de Salud, la Declaración de Cuenca y de manera particular las principales propuestas para la Asamblea Nacional Constituyente.

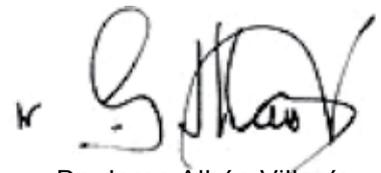
En este aspecto, podemos decir que el III Congreso es una meta lograda, pero también que es una demostración de que hemos emprendido, siempre desde una perspectiva ciudadana, el fortalecimiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud; lo que se constituye además, en el punto de partida de una causa de la cual cada uno de nosotros debemos ser actores comprometidos y permanentes, en la búsqueda de que nuestros ideales de tener una cobertura universal en salud sin costo en función de los servicios públicos, con financiamiento del Estado, donde se brinde a través de una red plural, una atención de calidad, calidez, eficiente y humanizada, como parte de la extensión de la protección social, se cumplan.

Este proceso de amplia concertación y participación ciudadana que he referido ha sido posible gracias al apoyo de la Señora Doctora Caroline Chang Campos, Ministra de Salud Pública y Presidenta del Directorio del CONASA, de los señores miembros del Directorio del Consejo Nacional de Salud, del señor doctor Wellington Sandoval Córdova, Presidente del Directorio del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, de nuestros amigos de

la Cooperación Externa OPS/OMS, UNFPA y UNICEF, del señor Prefecto del Azuay, del señor Alcalde y del Consejo Cantonal de Salud de Cuenca, de los miembros de las diferentes Comisiones Técnicas del CONASA, del equipo técnico del Ministerio de Salud, de mis compañeros técnicos y administrativos del Consejo Nacional de Salud.

Mención aparte merece el respaldo del Señor Presidente y del Señor Vicepresidente de la República, así como, de los señores conferencistas que han confirmado su participación en este evento; y, de manera particular, el de ustedes señores y señoras delegados a este III Congreso; a todos quienes dejo constancia de mi expreso agradecimiento.

Compañeras y compañeros muchas gracias.



Dr. Jorge Albán Villacís  
Director Ejecutivo



# CONGRESO POR LA SALUD Y LA VIDA



## PRIMERA FASE

### SEGUIMIENTO DE LA AGENDA POLÍTICA EN SALUD

II CONGRESO POR LA SALUD Y LA VIDA

ECUADOR, SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2006

## SEGUNDA FASE

### CONCERTACIÓN CIUDADANA EN SALUD HACIA LA ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE

ECUADOR, FEBRERO - MARZO DE 2007

## TERCERA FASE

### III CONGRESO POR LA SALUD Y LA VIDA DR. CÉSAR HERMIDA PIEDRA

### CONCERTACIÓN CIUDADANA EN SALUD HACIA LA ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE

CUENCA, 9 AL 11 DE ABRIL DEL 2007



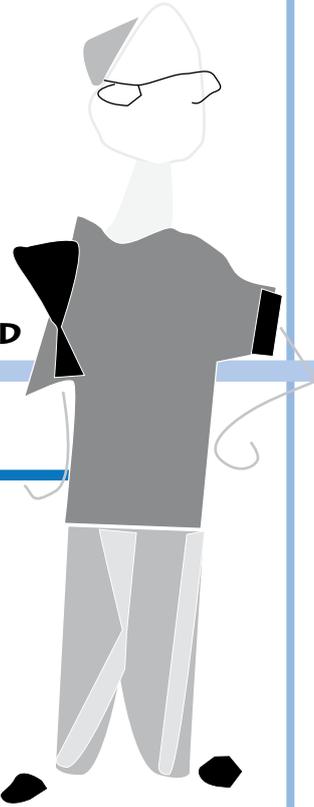
# PRI<sup>MERA</sup> FASE



**SEGUIMIENTO DE LA AGENDA POLÍTICA EN SALUD**

II CONGRESO POR LA SALUD Y LA VIDA

ECUADOR, SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2006



# CONSTRUCCIÓN SOCIAL

## POR LA SALUD Y LA VIDA

### Declaración de Guayaquil

17 de septiembre de 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, prerequisite 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 incorpore 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 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 de 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.



# CONSTRUCCIÓN SOCIAL

## POR LA SALUD Y LA VIDA

### Agenda Política en Salud 2004-2006

#### II Congreso por la Salud y la Vida

Guayaquil, septiembre de 2004

#### TEMA 1: Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM, Equidad y Derecho a la Salud

En el año 2000 los 189 Estados Miembros de las Naciones Unidas aprobaron en la Cumbre del Milenio 8 objetivos y 18 metas, con 48 indicadores generales, de los cuales 18 corresponden específicamente al sector salud, que deben alcanzarse hasta el año 2015 como un mínimo nivel de desarrollo humano:

##### Objetivo 1: Erradicar la extrema pobreza y el hambre

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

**Indicador 4:** Número de niños desnutridos menores de cinco años.

**Indicador 4:** Porcentaje de la población con un consumo alimentario inferior al mínimo.

##### 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.

**Indicador 13:** Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años.

**Indicador 14:** Tasa de mortalidad infantil.

**Indicador 15:** Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión.

##### 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.

**Indicador 16:** Razón o tasa de mortalidad materna.

**Indicador 17:** Porcentaje de partos atendidos por personal calificado.

##### 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.

**Indicador 18:** Tasa de morbilidad de VIH entre embarazadas de 15 a 24 años.

**Indicador 19:** Tasa de uso de anticonceptivos.

**Indicador 20:** Número de niños huérfanos por casos de VIH-SIDA.

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

**Indicador 21:** Tasas de morbilidad y mortalidad por paludismo.

**Indicador 22:** Proporción de población que aplica, en zonas de riesgo, medidas eficaces de prevención y tratamiento para paludismo.

**Indicador 23:** Tasas de morbilidad y mortalidad por Tuberculosis.

**Indicador 24:** Proporción de casos de Tb detectados y curados con el tratamiento de observación directa, DOTS.

### 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.

**Indicador 29:** Proporción de la población que utiliza combustibles sólidos.

**Indicador 30:** Proporción de población servida con agua segura.

**Indicador 31:** Proporción de población urbana con acceso a servicios de saneamiento.

### Objetivo 8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

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

**Indicador 46:** Proporción de población con acceso estable a medicamentos esenciales.

### Equidad y Derecho

El logro de los objetivos, metas e indicadores sólo será posible en la medida en que existan condiciones de equidad y derecho que disminuyan la brecha económica y social, para lo cual es indispensable establecer políticas, estrategias y mecanismos de seguimiento.

### Políticas

1. Propiciar un mayor conocimiento de los ODM en la comunidad y fortalecer la veeduría social en el cumplimiento de los mismos.
2. Incorporar en la currícula de las instituciones educativas correspondientes los contenidos relacionados con los ODM.
3. Activar los comités de seguimiento y veeduría en salud, como los de control de mortalidad materna, a nivel local y nacional.
4. Priorizar la vigilancia de los grupos con las tasas mayores de riesgo.
5. Equidad en las atenciones y servicios a las Personas Viviendo con VIH/SIDA en todos los niveles.

## Tema 2: Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

### Lineamientos de Política

1. Enfoque de derechos en salud, igualdad entre las personas y especialmente entre hombres y mujeres, no discriminación.
2. Intersectorialidad.
3. La reforma del sector salud debe plantear la ampliación del rol del Estado en la protección de la salud de la población (aumento de presupuesto, recursos humanos, coberturas, inversiones).
4. Aprobación, expedición e implementación de la Política Nacional de SDSYR, como Política de Estado, por acuerdo ministerial o decreto ejecutivo.
5. Disminución de la mortalidad materna, prioridad nacional: debate sobre el embarazo no deseado y el aborto como problemas de salud pública; sus causales, consecuencias e impacto en la mortalidad materna; prevención y reformas legales necesarias.
6. Aplicación de la LMGYAI como el principal instrumento para el acceso universal a servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR).
7. Institucionalización de la estrategia de comunicación y educación de la sexualidad y SSR con enfoque de género, generacional e intercultural.
8. Fortalecer la participación ciudadana y la veeduría social para garantizar el cumplimiento de la Políticas Nacional de SDSYR.
9. Mejoramiento de la calidad y humanización de los servicios de SSR.
10. La violencia intrafamiliar, de género y sexual, como problemas de derechos humanos y salud pública; profundizar el debate sobre explotación sexual, acoso sexual; causales y consecuencias; prevención y reformas legales.
11. Interculturalidad y SDSYR.



12. Aumento del presupuesto y calidad del gasto en SDSYR, solución de la insuficiencia de recursos humanos y la disminución de las horas de trabajo de los profesionales de la salud, sin recargo de los costos para la población.
13. Incorporar la SDSYR en la currícula de educación desde básica hasta educación superior (Ley Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor).
14. RRHH: formación en SDSYR: garantizar la ocupación de plazas en las áreas rurales y aumento del presupuesto para 8 horas del personal.
15. Marco regulatorio y política de manejo de la SSR en medios de comunicación
16. Incluir en las cuentas nacionales el aporte de las mujeres a la salud de la población mediante su trabajo no remunerado.
17. Licenciamiento de las unidades de salud de la RAE.

---

### **Tema 3: Modelo de atención y redes de extensión de cobertura**

---

#### **Lineamientos de Política**

1. Desarrollar 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.
2. Constituir a las Áreas de Salud del Ministerio de Salud Pública 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 con la rectoría del Ministerio de Salud Pública.
3. Fomentar 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.
4. Desarrollar mecanismos de control social y político para erradicar la corrupción.
5. Incrementar el financiamiento de las Áreas de Salud y vigilar su correcta ejecución poniendo énfasis en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
6. Impulsar la formación integral del nuevo profesional de salud, líderes y lideresas que respondan al modelo de atención requerido por el país.
7. Incrementar la cantidad y calidad de los recursos humanos de acuerdo a las necesidades de la población y garantizar su estabilidad, mediante la creación de partidas nuevas.
8. Eliminar el clientelismo y tráfico de influencias en la selección, elección y nombramiento de los recursos humanos en salud, en todos sus niveles.

9. Fortalecer el servicio de salud rural (médico, odontólogo, enfermera, psicólogo, obstetrix).
10. Fortalecer al Consejo Nacional de Salud como ente coordinador del sector.
11. Institucionalizar el Congreso por la Salud y la Vida para que se transforme en un veedor de las propuestas.
12. Desarrollar los mecanismos necesarios y suficientes para atender a la diversidad de la población ecuatoriana con la medicina tradicional, ancestral, alternativa y complementaria.

---

### **Tema 4: Acceso a los medicamentos esenciales**

---

#### **Lineamientos de Política**

Mejorar el acceso a medicamentos esenciales en los Servicios de Salud.

Definir una política nacional de suministro de medicamentos mediante la aplicación de buenas prácticas de adquisiciones y garantizando el acceso a medicamentos esenciales de calidad y a bajo precio.

Exigir la aplicación de la legislación y políticas tendientes a favorecer la disponibilidad, adquisición y uso de medicamentos genéricos.

Asegurar el cumplimiento de las normas de control de calidad de los medicamentos en el país.

Propender al mejoramiento de las prácticas de uso racional de medicamentos por parte de los profesionales de la salud y de los consumidores.

Fortalecer un sistema de capacitación integral para el conocimiento y manejo de los medicamentos.

Analizar el impacto de los convenios vigentes en torno a medicamentos genéricos.

- Exigir la aplicación de los acuerdos de Doha porque los medicamentos son un bien de salud pública y no una simple mercancía.
- Velar por el respeto de las normas de la OMC y los acuerdos ADPIC en la suscripción de convenios internacionales.

### Otras propuestas

Aceptar 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.

Conformación de la comisión de veeduría permanente de todos los procesos vinculados a las estrategias planteadas en relación con los medicamentos.

## Tema 5: Rectoría y descentralización en el marco del Sistema Nacional de Salud

### Lineamientos de política

El proceso de descentralización se realizará de acuerdo a la Constitución, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, la Ley de Descentralización y sus reglamentos.

El Ministerio de Salud Pública 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 vigorizar la gestión local en salud.

La construcción del Sistema Nacional de Salud estará fortalecida por la descentralización como un medio para garantizar el ejercicio de los derechos en salud.

Se construirá 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.

Funcionará un sistema de información eficaz que sirva como articulador entre los diferentes niveles.

Se fortalecerá a las organizaciones sociales y se promoverá la participación ciudadana.

La toma de decisiones del sector salud estará alejada de la política partidista, respetando la carrera sanitaria.

El Estado será proveedor de las acciones de Salud Pública.

Los Gobiernos Provinciales y Cantonales cumplirán un rol de coordinación y gestión en su territorio.

## Tema 6: Financiamiento y acceso universal a la Salud

### Política general

Estructurar, financiar e implementar un sistema de acceso universal a la salud que garantice la protección integral a los individuos, familias y comunidad; basado en la solidaridad, equidad y eficiencia; con enfoque intercultural, de género e intergeneracional; con participación pública y privada; y, de carácter progresivo, iniciando con los grupos vulnerables.

### Lineamientos de políticas

1. Impulsar mecanismos de financiamiento sostenible que garanticen acceso universal a servicios integrales de salud.
2. Optimización del gasto en salud.
3. Fomentar y fortalecer la gestión descentralizada y participativa del financiamiento para la salud en el marco de las políticas nacionales de salud.

### Estrategias

#### Lineamiento 1

- Establecer mecanismos políticos, institucionales y ciudadanos para que se aplique el incremento presupuestario fiscal destinado a la salud, de acuerdo a la Constitución y a las leyes relacionadas.
- Abogar por 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).
- Impulsar una reforma legal, en el marco de la Ley de Transparencia y Responsabilidad Fiscal, para que la inversión en capital humano no sea considerada como gasto corriente.



- Impulsar la aprobación y aplicación del reglamento de la Ley de Seguridad Social con el fin de ampliar la cobertura al cónyuge o conviviente en unión de hecho y a los hijos menores de 6 años.
- Diseñar y financiar una reforma al programa de salud rural, incluyendo todos los perfiles profesionales de la salud, para ser ubicados en las zonas territoriales más desprotegidas, sobre la base a un sistema de incentivos.
- Identificar y ejecutar fuentes de financiamiento complementarias para la salud (FEIREP, FODI, Fondo Nacional del Anciano, Fondo de Solidaridad, FONIN, disminución y canje del pago a deuda externa para inversión en salud, donación del 25% del impuesto a la renta, impuestos especiales a organizaciones y empresas cuyas actividades tienen impactos negativos en la salud y el ambiente).

### **Lineamiento 2**

- Estandarizar protocolos de prestaciones de salud, costos y tarifarios nacionales.
- Formulación, monitoreo y evaluación participativa del presupuesto para la salud.
- Impulsar la articulación y optimización de los recursos públicos de los diferentes niveles de gobierno para el acceso universal a la salud.
- Diseñar e impulsar un nuevo mecanismo de asignación de recursos, y no el presupuesto histórico, a partir de un enfoque epidemiológico y socioeconómico y sobre la base de metas, planes, programas, proyectos y resultados de salud.
- Promover mecanismos para la transferencia oportuna de las asignaciones presupuestarias al sector salud.
- Promover y vigilar la adecuada asignación y utilización de recursos económicos públicos a fin de garantizar la eficiencia y calidad del gasto en salud.
- Regular y limitar el endeudamiento externo para prestaciones de salud prioritarias.
- Fomentar la articulación de los recursos públicos, privados y externos en función del acceso universal a la salud a través de mecanismos efectivos y concertados (compromiso de gestión, fondo, cruce de cuentas y otros).
- Impulsar el financiamiento que garantice la permanencia, disponibilidad y estabilidad de recursos humanos indispensables para el acceso universal.

- Impulsar mecanismos de selección y pago a los recursos humanos en salud, basados en selección técnica, evaluación y desempeño, y que incorporen un sistema de incentivos sustentado en la calidad.
- Fomentar la inversión pública y privada en la investigación en salud.

### **Lineamiento 3**

- Impulsar la participación ciudadana de todos los grupos sociales a fin de garantizar sostenibilidad y control de los recursos públicos.
- Establecer estrategias e instrumentos para la rendición de cuentas y veeduría sistemática con el fin de asegurar la transparencia.



## Talleres regionales y provinciales de seguimiento de la Agenda Política en Salud 2004-2006

### III Congreso por la Salud y la Vida

#### Antecedentes

Durante el II Congreso por la Salud y la Vida realizado en la ciudad de Guayaquil en Septiembre del 2004 y en los 11 talleres pre-Congreso realizados previamente, se analizaron 6 temas de interés nacional:

- Tema 1:** Objetivos de Desarrollo del Milenio, Equidad y Derecho a la Salud
- Tema 2:** Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos: resultados de la implementación de las estrategias para la reducción de mortalidad materna
- Tema 3:** Modelo de atención y redes para la extensión de cobertura en salud
- Tema 4:** Acceso a los medicamentos esenciales
- Tema 5:** Rectoría y descentralización del Sistema Nacional de Salud
- Tema 6:** Financiamiento y acceso universal a salud

El análisis de estos ejes temáticos aportó con los elementos necesarios para la elaboración de la Agenda Política en Salud 2004-2006, marco de referencia para la definición y organización de planes, programas y proyectos tanto del nivel nacional como del provincial y local.

Uno de los acuerdos fundamentales del II Congreso fue la necesidad de dar **seguimiento a la implementación a la Agenda Política**, de manera que se constituya en una responsabilidad tanto de la sociedad civil, como del Gobierno nacional

y seccionales; y, que el análisis colectivo del mismo sea el inicio de las actividades previas a la realización del III Congreso por la Salud y la Vida a realizarse en la ciudad de Cuenca en el año 2007, para lo cual se han definido 3 fases:

1. **Primera fase** : Realización, entre Septiembre y Noviembre del 2006, de 3 talleres regionales, Guayaquil, Cuenca y Quito; y, 22 talleres provinciales para el análisis y seguimiento de la Agenda Política del II Congreso por la Salud y la Vida.
2. **Segunda fase:** Ejecución durante el primer cuatrimestre del 2007, de 22 talleres provinciales previos al III Congreso, en los cuáles se contará como insumo básico, además de los temas mismos del Congreso, con el documento producto de la primera fase: Análisis del seguimiento de la Agenda Política del II Congreso por la Salud y la Vida, consolidado nacional, por provincias y por cantones.
3. **Tercera Fase:** Desarrollo del III Congreso por la Salud y la Vida. Cuenca 2007.



## Objetivo General de la Primera Fase del III Congreso por la Salud y la Vida

Levantar la información nacional, provincial y cantonal relevante sobre la implementación de los compromisos establecidos en la Agenda Política en Salud del II Congreso por la Salud y la Vida, como un insumo fundamental para la ejecución de las siguientes fases del III Congreso por la Salud y la Vida.

### Objetivos específicos

1. Reactivar y/o formar el grupo de facilitadores provinciales responsables de la recolección y sistematización de la información relevante referente a la implementación de la Agenda Política del II Congreso por la Salud y la Vida, en cada uno de los cantones de las provincias del país.
2. Realizar un taller de capacitación en cada provincia para la formación de facilitadores responsables de la recolección de la información a nivel cantonal.
3. Garantizar la adecuada aplicación de los instrumentos guía sobre la Agenda Política del II Congreso por la Salud y la Vida y los relacionados con la implementación de las estrategias para la reducción de mortalidad materna
4. Sistematizar la información y producir un documento nacional que recoja el aporte de cada una de las provincias y de los cantones del país.
5. Conformar la Comisión Provincial responsable de la ejecución de los talleres pre-Congreso, Segunda Fase del III Congreso por la Salud y la Vida, a realizarse en cada provincia durante el primer cuatrimestre del próximo año.

### Actividades de la Primera Fase

1. Realizar tres talleres regionales, uno en Quito, uno en Cuenca y otro en Guayaquil, para la formación de facilitadores provinciales. Anexo 1
2. Visita a las provincias para apoyar la realización de los talleres provinciales. Anexo 2
3. Recolección de la información a cargo de los facilitadores cantonales bajo la responsabilidad de los facilitadores provinciales.
4. Sistematización de la información
5. Elaboración del informe final: Análisis del seguimiento de la Agenda Política del II Congreso por la Salud y la Vida, consolidado nacional, por provincias y por cantones.
6. Impulsar la conformación de la Comisión Provincial responsable de la ejecución de los talleres pre-congreso, como parte de la Segunda Fase del III Congreso por la Salud y la Vida.

## Seguimiento de la Agenda Política del II Congreso por la Salud y la Vida

### Talleres Regionales

#### Objetivos

- Formar un grupo de facilitadores provinciales, responsables de apoyar la aplicación de los instrumentos guías para el seguimiento de la Agenda Política del II Congreso por la Salud y la Vida y sistematizar la información recolectada.
- Conformar la Comisión Provincial responsable de la ejecución de los talleres previos al III Congreso por la Salud y la Vida.

#### Fechas

Guayaquil: 11 y 12 de Septiembre del 2006

Cuenca: 12 y 13 de Septiembre del 2006

Quito: 14 y 15 de Septiembre del 2006

#### Delegados por provincia

El Prefecto Provincial y dos delegados técnicos del Consejo Provincial; el Director Provincial de Salud y dos delegados técnicos de la Dirección Provincial de Salud; y, el Presidente Provincial de CONAJUPARE

#### Provincias asistentes a los Talleres Regionales

**Taller Guayaquil:** 35 delegados de las provincias de Guayas, El Oro, Los Ríos, Manabí y Galápagos.

**Taller Cuenca:** 42 delegados de las provincias de Azuay, Zamora Chinchipe, Loja, Morona Santiago, Cañar y Chimborazo.

**Taller Quito:** 77 delegados de las provincias de Pichincha, Sucumbíos, Orellana, Napo, Pastaza, Imbabura, Carchi, Cotopaxi, Esmeraldas, Bolívar y Tungurahua.

## Facilitadores

Miembros de la Comisión de Organización y Participación Social, Coordinadores Técnicos del Consejo Nacional de Salud y Consultores de los Organismos de Cooperación Externa: OPS/OMS y UNFPA.

## Agenda

### Primer Día

- 8H00-9H00** Inscripciones
- 9H00-9H30** Acto formal de apertura del taller: Autoridades Nacionales y Provinciales, Representantes de la OPS/OMS y del UNFPA en el Ecuador
- 9H30-9H45** Objetivos y metodología del taller
- 9H45-10H00** Presentación de la Agenda Política de Salud del II Congreso por la Salud y la Vida
- 10H00-10H30** Información sobre los avances del III Congreso por la Salud y la Vida Cuenca 2007
- 10H30-11H00** Receso
- 11H00-13H00** Presentación de metodología e instrumentos guía para el seguimiento de la Agenda Política del II Congreso por la Salud y la Vida:
- Tema 1:** Objetivos de Desarrollo del Milenio, Equidad y Derecho a la Salud
- Tema 2:** Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos: resultados de la implementación de las estrategias para la reducción de mortalidad materna
- 13H00-14H30** Almuerzo
- 14h30-15H30** Presentación de los instrumentos guía para el seguimiento de la implementación de las estrategias para la reducción de mortalidad materna:
- Tema 3:** Modelo de atención y redes para la extensión de cobertura en salud
- Tema 4:** Acceso a los medicamentos esenciales
- Tema 5:** Rectoría y descentralización del Sistema Nacional de Salud; y,
- Tema 6:** Financiamiento y acceso universal a salud

**15H30-16H00** Receso

**16H00-17H00** Trabajo por provincias para revisión de los instrumentos guías

### Segundo Día

- 8H30-8H45** Presentación de Política Nacional de Medicamentos
- 8H45-9H15** Presentación del Plan de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
- 9H15-10H30** Continuación del trabajo por provincias para revisión de los instrumentos guías
- 10H30-11H00** Receso
- 11H00-13H00** Continuación del trabajo por provincias. Revisión del cronograma de talleres por provincias
- 13H00-14H30** Almuerzo
- 14H30-16H00** Acuerdos y compromisos



## Talleres Provinciales

- 8H00-8H30** Inscripciones
- 8H30-9H00** Acto formal de apertura del taller:
- Autoridades Nacionales y Provinciales
  - Representante de la OPS/OMS y del UNFPA en Ecuador
- 9H00-9H15** Objetivos y metodología del taller
- 9H15-9H30** Presentación de la Agenda Política de Salud del II Congreso por la Salud y la Vida
- 9H30-10H00** Información sobre los avances del proceso del III Congreso por la Salud y la Vida Cuenca 2007
- 10H00-10H30** Receso
- 10H30-13H00** Presentación de metodología e instrumentos guía por temas para el seguimiento de la Agenda Política del II Congreso por la Salud y la Vida
- 13H00-14H00** Almuerzo
- 14H00-15H45** Trabajo de grupos para revisión de los instrumentos guías por temas para el seguimiento de la Agenda Política del II Congreso por la Salud y la Vida
- 15h45-16H00** Presentación de Política Nacional de Medicamentos
- 16H00-16H15** Receso
- 16H15-16H45** Presentación del Plan de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
- 16h45-17H00** Acuerdos y compromisos

**Seguimiento de la Agenda Política del II Congreso por la Salud y la Vida  
Primera fase del III Congreso por la Salud y la Vida Cuenca 2007 - Cronograma Talleres**

		SEPTIEMBRE					OCTUBRE					NOVIEMBRE				
	Día	Equipo 1	Equipo 2	Día	Equipo 1	Equipo 2	Día	Equipo 1	Equipo 2	Día	Equipo 1	Equipo 2	Día	Equipo 1	Equipo 2	
Lunes				2												
Martes				3	Guayas	Napo										
Miércoles				4						1	Pichincha	Galapagos				
Jueves				5	Pichincha	Chimborazo				2	Feriado	Feriado				
Viernes	1			6		Tungurahua				3	Feriado	Feriado				
<b>Sábado</b>	2			7						4						
<b>Domingo</b>	3			8						5						
Lunes	4			9	Feriado	Feriado				6						
Martes	5			10						7	Pastaza	El Oro				
Miércoles	6			11	Pastaza	El Oro				8		Chimborazo				
Jueves	7			12						9		Tungurahua				
Viernes	8			13		Manabí				10		Manabí				
<b>Sábado</b>	9			14						11						
<b>Domingo</b>	10			15						12						
Lunes	11	Taller Guayaquil		16	Cañar					13						
Martes	12	Taller Guayaquil	Taller Cuenca	17	Azuay	Morona				14						
Miércoles	13		Taller Cuenca	18						15						
Jueves	14	Taller Quito		19	Loja	Cotopaxi				16						
Viernes	15	Taller Quito		20	Zamora	Bolivar				17						
<b>Sábado</b>	16			21						18						
<b>Domingo</b>	17			22						19						
Lunes	18			23		Orellana				20						
Martes	19	Zamora	Los Ríos	24	Esmeraldas	Sucumbios				21						
Miércoles	20	Loja		25		Los Ríos				22						
Jueves	21	Cañar		26	Imbabura	Napo				23						
Viernes	22	Azuay	Morona	27	Carchi					24						
<b>Sábado</b>	23			28						25						
<b>Domingo</b>	24			29						26						
Lunes	25		Cotopaxi	30		Galápagos				27						
Martes	26	Esmeraldas		31	Guayas	Galápagos				28						
Miércoles	27		Bolivar							29						
Jueves	28	Imbabura	Orellana							30						
Viernes	29	Carchi	Sucumbios													
<b>Sábado</b>	30															



# CONSTRUCCIÓN SOCIAL

## P|O|R L|A S|A|L|U|D Y L|A V|I|D|A

### Instructivo para llenar el formulario por temas del seguimiento de la Agenda Política del II Congreso por la Salud y la Vida

El Consejo Nacional de Salud plantea hacer el Seguimiento de la Agenda Política 2004-2006 del II Congreso por la Salud y la Vida a través de la aplicación del presente instrumento que pretende recolectar la información relevante sobre las acciones desplegadas por las diferentes instituciones del sector salud en función de cumplir con los acuerdos.

La información solicitada deberá ser llenada por los actores del cantón, bajo la responsabilidad de los facilitadores cantonales y el apoyo de los facilitadores provinciales, en una suerte de análisis colectivo sobre los temas planteados, para lo que será necesario que exista al menos una reunión del Consejo Cantonal de Salud, donde exista; o, de los delegados del Cantón que trabajen en salud, de manera que las preguntas sean contestadas en consenso. En este sentido, como se puede observar el formulario hace referencia a seis bloques de preguntas que corresponden a los temas que integran la Agenda Política:

1. Objetivos de Desarrollo del Milenio, Equidad y Derecho a la Salud.
2. Política Nacional de Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.
3. Modelos de Atención y Redes para la Extensión de Cobertura en Salud.
4. Acceso a los Medicamentos Esenciales.
5. Rectoría y Descentralización en el Sistema Nacional de Salud.
6. Financiamiento y Acceso Universal de Salud.

La información recabada a nivel cantonal, será sistematizada y analizada por los facilitadores provinciales y luego será entregada al Consejo Nacional de Salud para la sistematización nacional, que se constituirá en el marco de referencia para el III Congreso por la Salud y la Vida a realizarse en Cuenca 2007.

#### TEMA 1

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

*Para llenar este primer bloque*, es necesario que los delegados del Consejo Cantonal de Salud o de la instancia cantonal que desarrolla sus actividades en el ámbito de la salud, recaben las cifras solicitadas correspondientes a los años 2004 y 2005. Las fuentes a ser consultadas son:

- La información de los numerales 1 al 3, serán investigados en el Registro Civil del Cantón respectivo; de no existir los datos requeridos en el Registro Civil se deberá consultar en la fuente de información más cercana y confiable de su jurisdicción.
- Para la información de los numerales 4 al 6, se consultará en la Jefatura de Área o en la Unidad del Ministerio de Salud Pública existente en el Cantón.
- La información para el numeral 7 debe ser recabada en la Empresa Municipal de Agua Potable o en la Junta de Agua siempre que se manejen datos de agua potable.

Frente a cada numeral se requiere que el grupo de análisis cantonal redacte **la actividad principal o más relevante** que se ha desarrollado en el Cantón en relación a la pregunta.

## TEMA 2

### Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR)

**En el numeral 1**, se encontrará frente a cada pregunta criterios de calidad entre **SI, MUCHO, POCO y NO**, en los que se atribuyen las siguientes características.

- SI** Deberá señalarse cuando la respuesta a la pregunta se cumpla de manera satisfactoria, es decir cuando el 75% o más de los asistentes involucrados en el llenado del instrumento, respondan afirmativamente.
- MUCHO** Deberá señalarse cuando la respuesta a la pregunta se cumple afirmativamente entre el 50% y 74% de los asistentes.
- POCO** Deberá señalarse cuando la respuesta a la pregunta se cumpla entre el 25% y el 49% de los participantes de la reunión.
- NO** Debe señalarse cuando la respuesta a la pregunta es negativa o positiva en menos del 24% del criterio de los asistentes.

**En el numeral 2**, se requiere que el grupo de análisis cantonal analice las 9 preguntas realizadas y escriba al final como resultado del análisis colectivo el **Principal comentario positivo y negativo** en relación al tema.

**El numeral 3**, la información corresponde a la del **Sistema de vigilancia de la Muerte Materna (MM)**, para este tema se han diseñado dos formularios, uno para que sea llenado por los delegados cantonales, y otro por las Unidades Operativas de Salud.

Para el formulario que debe ser llenado los delegados cantonales, se tomará la información de las siguientes fuentes:

**En las preguntas 1, 2, y 4** deben obtenerse del Registro Civil. **Las preguntas 3, 9 y 10** deben obtenerse del Comité Cantonal de Muertes Maternas; de no existir este comité se anotará esta situación en el espacio designado para comentarios al final de la hoja.

**La pregunta 5**, se deberá sumar el resultado del cálculo del porcentaje provincial adjunto de inscripciones tardías al número de nacidos vivos inscritos en el mismo año. Por ejemplo: si la Provincia del Cañar ha registrado 100 nacidos vivos y de acuerdo al anexo adjunto tiene un porcentaje de inscripciones tardías del 43,96, deberá anotarse como respuesta a esta pregunta, 144 nacidos vivos. A continuación se anexa una tabla con los porcentajes que se deben ajustar.

### Porcentaje nacional y porcentajes provinciales de inscritos hasta 6 años posteriores, que debe agregarse al número de nacidos vivos inscritos en el mismo año

Ecuador	40.75
Azuay	60.67
Bolívar	35.23
Cañar	43.95
Carchi	59.85
Chimborazo	24.84
Cotopaxi	31.82
El Oro	42.65
Esmeraldas	50.35
Galápagos	28.19
Guayas	42.77
Imbabura	49.00
Loja	33.39
Los Ríos	44.20
Manabí	35.27
Morona	59.78
Napo	36.84
Orellana	88.27
Pastaza	43.72
Pichincha	38.33
Sucumbíos	55.45
Tungurahua	25.86
Zamora	42.95

**Las preguntas 6 y 7**, se deberá llenar con la fuente que la representación cantonal considere confiable, caso contrario se podrá colocar un aproximado que la delegación estime pertinente.

**La pregunta 8**, deberá ser consultada con el total de partos hospitalarios, y los que se coloquen en **la pregunta 6 y 7**.

**En el numeral 4**, se requiere que el grupo de análisis cantonal analice las 10 preguntas realizadas y escriba al final como resultado del análisis colectivo el **Principal comentario positivo y negativo** en relación al tema.

En el formulario que debe ser llenado por las Unidades Operativas de Salud, que serán consideradas Centro de Cuidado Obstétrico Esencial COE o Centro de Cuidado Obstétrico Completo COC de la siguiente manera:



**El COE** corresponde al Hospital Cantonal o Básico, su área de influencia es de hasta 125000 habitantes, y el acceso debe estar a dos horas de distancia (en vehículo o a pie) desde las viviendas.

**El COC** corresponde al Hospital Provincial, su área de influencia es de 500000 habitantes y el acceso debe estar a dos horas de distancia desde el COE.

### TEMAS 3 AL 6

- **Modelo de atención y redes para la extensión de cobertura en salud.**
- **Acceso a los medicamentos esenciales.**
- **Rectoría y descentralización en el sistema nacional de salud.**
- **Financiamiento y acceso universal de salud.**

Se encontrará frente a cada pregunta los criterios de calidad entre **SI, MUCHO, POCO Y NO**, en los que se atribuyen las siguientes características.

**SI** Deberá señalarse cuando la respuesta a la pregunta se cumpla de manera satisfactoria, es decir cuando el 75% o más de los asistentes involucrados en el llenado del instrumento, respondan afirmativamente.

**MUCHO** Deberá señalarse cuando la respuesta a la pregunta se cumple afirmativamente entre el 50% y 74% de los asistentes.

**POCO** Deberá señalarse cuando la respuesta a la pregunta se cumpla entre el 25% y el 49% de los participantes de la reunión.

**NO** Debe señalarse cuando la respuesta a la pregunta es positiva en menos del 24% de los asistentes.

---

**Al final de cada bloque temático**, se requiere que el grupo de análisis cantonal analice las preguntas realizadas de manera global y escriba el **Principal comentario positivo y negativo** siempre en relación al tema analizado.

---

## Consejo Nacional de Salud

### Seguimiento de la Agenda Política de los Congresos por la Salud y la Vida Información a ser proporcionada por los DELEGADOS CANTONALES

ID. Provincia: \_\_\_\_\_ ID. Cantón: \_\_\_\_\_

#### Tema 1.- Objetivos de Desarrollo del Milenio, Equidad y Derecho a la Salud

El objetivo de este tema es: Conocer y analizar el aporte cantonal en el cumplimiento de los Objetivos y las Metas del Milenio relacionadas con salud

##### 1.- Anotar el dato por año y la acción más relevante

	Compare las siguientes cifras cantonales	Años		Principal acción realizada frente a esta situación
		2004	2005	
1	Número de menores de 28 DÍAS fallecidos registrados en el Cantón	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	Número de menores de 1 AÑO fallecidos (excluya a los menores de 28 días fallecidos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	Número de menores de 5 AÑOS fallecidos (excluya a los menores de un año fallecidos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	Número de personas con diagnóstico de VIH/SIDA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	Número de personas que tuvieron Malaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	Número de personas que tuvieron Tuberculosis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	Porcentaje estimado de población con acceso a agua potable	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Tema 2.- Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR)

El objetivo de este tema es: Reflexionar en las acciones que fomentan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres a nivel cantonal; y, evaluar las acciones implementadas para la reducción de la mortalidad materna

##### 1.- Seleccionen sólo una opción, la que consideren más adecuada

¿Los delegados cantonales relacionados con salud conocen la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos?	<input type="checkbox"/> 4 Si <input type="checkbox"/> 3 Muchc <input type="checkbox"/> 2 Poco <input type="checkbox"/> 1 No	¿Las unidades de salud beneficiarias del Fondo de la Ley de Maternidad Gratuita están cumpliendo con la gratuidad?	<input type="checkbox"/> 4 Si <input type="checkbox"/> 3 Mucho <input type="checkbox"/> 2 Poco <input type="checkbox"/> 1 No
¿Se está aplicando la Política de SDSR?	<input type="checkbox"/> 4 Si <input type="checkbox"/> 3 Muchc <input type="checkbox"/> 2 Poco <input type="checkbox"/> 1 No	¿La atención del servicio de salud, tiende a adecuarse a la diversidad cultural local?	<input type="checkbox"/> 4 Si <input type="checkbox"/> 3 Mucho <input type="checkbox"/> 2 Poco <input type="checkbox"/> 1 No
¿Existen Comités de Usuarías de Maternidad Gratuita?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No	¿Los casos de violencia intrafamiliar reportados han aumentado en el último año?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No
¿Existe(n) servicio(s) de planificación familiar en el Cantón?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No	¿Hay programas de prevención de embarazos en adolescentes en el Cantón?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No
¿Existen Comisarias de la Mujer en el Cantón?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No	¿Cuentan los pobladores de su Cantón con una Unidad de Salud, que pueda atender emergencias obstétricas, situada hasta dos horas de distancia de su lugar de residencia?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No

##### 2.- Analicen y escriban lo principal dentro de lo positivo y lo negativo en relación a este tema

LO POSITIVO	LO NEGATIVO
<input type="text"/>	<input type="text"/>



### Reducción de la Mortalidad Materna en el Ecuador

#### 3.- Anotar el dato por año y la acción más relevante

	Compare las siguientes cifras cantonales	Años		Principal acción realizada frente a esta situación
		2004	2005	
1	Número de muertes de las mujeres en edad fértil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	Número de muertes maternas (MM)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	Número de MM del año estudiadas por el comité cantonal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	Número de nacidos en el cantón (Datos del Registro Civil)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	Número de nacidos vivos totales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	Número de partos atendidos por personal de salud fuera de los hospitales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	Número de partos atendidos por personal no profesional en salud	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	Total de partos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	Número de Muertes Maternas 1a demora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	Número de Muertes Maternas 2a demora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 4.- Analicen y escriban lo principal dentro de lo positivo y lo negativo en relación a este tema

LO POSITIVO
-------------

LO NEGATIVO
-------------

## Consejo Nacional de Salud

### Seguimiento de la Agenda Política de los Congresos por la Salud y la Vida Reducción de la Mortalidad Materna en el Ecuador

Esta información deberá ser proporcionada por los HOSPITALES CANTONALES Y PROVINCIALES

(Unidades de Cuidados Obstétricos Esenciales COE -Hospitales Cantonales- y Unidades de Cuidados Obstétricos Completos COC -Hospitales Provinciales)

ID. Provincia: \_\_\_\_\_

ID. Cantón: \_\_\_\_\_

COE: \_\_\_\_\_

COC: \_\_\_\_\_

#### 1.- Anotar el dato por año y la acción más relevante

Compare las siguientes cifras cantonales

Años

2004 2005

Principal acción realizada frente a esta situación

1	Número de MM del año estudiadas por el comité hospitalario	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
2	Número de partos hospitalarios	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3	Número de partos vaginales hospitalarios	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
4	Número de partos por cesárea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
5	Número de Muertes Maternas 3a demora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
6	Número total de egresos hospitalarios por complicaciones obstétricas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
7	Número de egresos hospitalarios por aborto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
8	Número de muertes maternas al egreso hospitalario	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
9	Tasa de letalidad de complicaciones obstétricas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

#### 2.- Cobertura y acceso

Cubre la Unidad de Cuidados Obstétricos Esenciales hasta 125.000 habitantes  2 Si  1 No

Cubre la Unidad de Cuidados Obstétricos Completos hasta 500.000 habitantes  2 Si  1 No

¿La Unidad de Cuidados Obstétricos Esenciales se halla hasta dos horas de acceso desde el lugar más distante del Cantón?  2 Si  1 No

¿La Unidad de Cuidados Obstétricos Completos está hasta dos horas de la Unidad de Cuidados Obstétricos Esenciales?  2 Si  1 No



## Consejo Nacional de Salud

### Seguimiento de la Agenda Política de los Congresos por la Salud y la Vida

3.- Las Unidades de Cuidados Obstétricos Esenciales (Hospitales Cantonales) y de Cuidados Obstétricos Completos públicas y privadas, cumplen con las siguientes normas:

Norma para infección	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No	Norma para parto vaginal incluyendo 3a etapa	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No
Norma para hemorragia	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No	Norma para extracción manual de placenta	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No
Norma para hipertensión	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No	Norma para productos retenidos (y AMEU)	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No

4.- Disponibilidad de recursos humanos en las unidades COE Y COC

Número de médicos	<input type="text"/>	Número de gineco-obstetras	<input type="text"/>
Número de obstetras	<input type="text"/>	Número de anestesiólogos	<input type="text"/>
Número de enfermeras	<input type="text"/>		

5.- Servicios ofertados

Las unidades de cuidado obstétrico atienden las 24 horas	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No	COC: Hay servicio quirúrgico para cesáreas	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No
Disponen del servicio de ambulancia las 24 horas	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No	COC: Hay servicio para transfusiones	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No

6.- Analicen y escriban lo principal dentro de lo positivo y lo negativo en relación a este tema

LO POSITIVO	LO NEGATIVO
<input type="text"/>	<input type="text"/>



### Tema 3.- Modelo de atención v redes para la extensión de los servicios de salud

El objetivo de este tema es: Analizar si el modelo de atención de los servicios de salud del cantón responden a los requerimientos de salud de la población

#### 1.- Seleccionen sólo una opción, la que consideren más adecuada

¿Las actividades de prevención que realizan los servicios de salud del Cantón de acuerdo al nivel de atención son suficientes?	<input type="checkbox"/> 4 Si <input type="checkbox"/> 3 Mucho <input type="checkbox"/> 2 Poco <input type="checkbox"/> 1 No	¿Las actividades curativas que brindan los servicios de salud responden a las necesidades de los habitantes del Cantón?	<input type="checkbox"/> 4 Si <input type="checkbox"/> 3 Mucho <input type="checkbox"/> 2 Poco <input type="checkbox"/> 1 No
¿Existe una red de servicios para atender a personas víctimas de maltrato?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No	¿El personal de salud de las unidades operativas realiza visitas domiciliarias?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No
¿En caso de emergencia, hay acceso a algún tipo de servicio de salud?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No	¿Existe alguna práctica de medicina tradicional en el Cantón?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No
¿Se realizan acciones de promoción de salud, fuera de las unidades operativas?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No	¿Existe coordinación entre los servicios de salud del Cantón para la extensión de cobertura?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No
¿Funciona la referencia y contrarreferencia de los pacientes cuando requieren atención de un servicio de salud más complejo?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No		

#### 2.- Analicen y escriban lo principal dentro de lo positivo y lo negativo en relación a este tema

<b>LO POSITIVO</b>	<b>LO NEGATIVO</b>

### Tema 4.- Acceso a los Medicamentos Esenciales

El objetivo de este tema es: Conocer y analizar el proceso que permita la disponibilidad y acceso a medicamentos esenciales de calidad en el cantón

#### 1.- Seleccionen sólo una opción, la que consideren más adecuada

¿Disponen los prescriptores (médicos, odontólogos y obstetrces) del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos?	<input type="checkbox"/> 4 Si <input type="checkbox"/> 3 Mucho <input type="checkbox"/> 2 Poco <input type="checkbox"/> 1 No	¿Hay disponibilidad de medicamentos para tratar las enfermedades más frecuentes de la zona?	<input type="checkbox"/> 4 Si <input type="checkbox"/> 3 Mucho <input type="checkbox"/> 2 Poco <input type="checkbox"/> 1 No
¿Utilizan los prescriptores (médicos, odontólogos y obstetrces) los Medicamentos del Cuadro Nacional Básicos?	<input type="checkbox"/> 4 Si <input type="checkbox"/> 3 Mucho <input type="checkbox"/> 2 Poco <input type="checkbox"/> 1 No	¿En el Cantón existe disponibilidad de medicamentos gratuitos para las personas que los necesitan y que no los pueden comprar?	<input type="checkbox"/> 4 Si <input type="checkbox"/> 3 Mucho <input type="checkbox"/> 2 Poco <input type="checkbox"/> 1 No
¿Las farmacias de su Cantón venden medicamentos genéricos?	<input type="checkbox"/> 4 Si <input type="checkbox"/> 3 Mucho <input type="checkbox"/> 2 Poco <input type="checkbox"/> 1 No	¿En su Cantón hay control del expendio de productos con registro sanitario?	<input type="checkbox"/> 4 Si <input type="checkbox"/> 3 Mucho <input type="checkbox"/> 2 Poco <input type="checkbox"/> 1 No
¿Las farmacias de su Cantón exhiben el listado de medicamentos genéricos?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No		

#### 2.- Analicen y escriban lo principal dentro de lo positivo y lo negativo en relación a este tema

<b>LO POSITIVO</b>	<b>LO NEGATIVO</b>



### Tema 5.- Rectoría y descentralización del Sistema Nacional de Salud

El objetivo de este tema es: Analizar el proceso de gestión en salud que lleva adelante el cantón bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública

#### 1.- Seleccionen sólo una opción, la que consideren más adecuada

¿Se ha conformado el Consejo Cantonal de Salud de acuerdo a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No	¿En el Consejo de Salud la Secretaría Técnica la ejerce el Ministerio de Salud?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No
¿En el Consejo de Salud hay participación igualitaria de las instituciones y de las organizaciones de la sociedad civil?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No	¿El Consejo de Salud ha elaborado el plan local de salud?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No
¿Ha participado la ciudadanía en la elaboración del plan local de salud?	<input type="checkbox"/> 4 Si <input type="checkbox"/> 3 Mucho <input type="checkbox"/> 2 Poco	¿Este plan local de salud, se encuentra en ejecución?	<input type="checkbox"/> 4 Si <input type="checkbox"/> 3 Mucho <input type="checkbox"/> 2 Poco
¿En ausencia del Consejo de Salud existe alguna instancia de participación ciudadana que haya elaborado el Plan Local de Salud?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No	¿Las autoridades de salud se han mantenido estables en los dos últimos años?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No
¿Alguna otra instancia local cumple con las funciones de veeduría social?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No	¿La designación de las autoridades de salud responde a perfiles técnicos?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No
¿La dotación del Recurso Humano en salud está de acuerdo a las necesidades locales?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No	¿Existe algún proyecto de cooperación externa para la salud en el Cantón?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No

#### 2.- Analicen y escriban lo principal dentro de lo positivo y lo negativo en relación a este tema

<b>LO POSITIVO</b>	<b>LO NEGATIVO</b>

### Tema 6.- Financiamiento y acceso universal a la salud

El objetivo de este tema es: Analizar el proceso de financiamiento del sector salud y su incidencia en el funcionamiento de los servicios de salud locales

#### 1.- Seleccionen sólo una opción, la que consideren más adecuada

¿Los servicios de salud reciben de manera regular la transferencia de los fondos de la Ley de Maternidad Gratuita?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No	¿La asignación presupuestaria fiscal para la salud se entrega de manera oportuna?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No
¿Funciona el Comité de Gestión de los Fondos Solidarios de la Ley de Maternidad Gratuita?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No	¿Existe coordinación local para el mejor aprovechamiento de los recursos existentes?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No
¿La asignación presupuestaria para la salud es suficiente?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No	¿Existe alguna propuesta de aseguramiento público en salud, sin pago directo, en el marco de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud?	<input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No

#### 2.- Analicen y escriban lo principal dentro de lo positivo y lo negativo en relación a este tema

<b>LO POSITIVO</b>	<b>LO NEGATIVO</b>

**Plan de análisis por ejes temáticos del seguimiento de la  
Agenda política en Salud del II COSAVI**

Tema	Categoría	Dimensión	Variables	Indicador	Datos	Información cualitativa
<b>Objetivos de desarrollo del milenio equidad y derecho a la salud</b>	<b>Mortalidad</b>	Muerte de menores de cinco años	Mortalidad neonatal	Mortalidad de niños menores de 28 días por cualquier causa	Número de < de 28 días fallecidos por cualquier causa registrados en el cantón 2004 y 2005	Principal acción Referente al dato
			Mortalidad infantil	Mortalidad de < de 1 año por cualquier causa	Número de < de 1 año fallecidos por cualquier causa 2004-2005	
			Mortalidad de la niñez	Mortalidad de < de 5 años	Número de < de 5 años fallecidos	
	<b>Morbilidad</b>	Morbilidad infecciosa	VIH	Incidencia de VIH en el cantón	Número de casos con dg. de VIH registrados en el cantón 2004 y 2005	
			Malaria	Incidencia de malaria en el cantón	Número de casos con dg. de malaria en el cantón 2004 y 2005	
			Tuberculosis	Incidencia de Tb en el cantón	Número de casos con dg. de Tb en el cantón 2004 y 2005	
<b>Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos</b>	<b>Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos</b>	Ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos	Conocimiento	Nivel de conocimiento	Conocimiento de los miembros del Consejo Cantonal de la Política de SDRS	Complemento cualitativo con análisis positivo o negativo del tema
			Aplicación Ley de	Nivel de aplicación	Aplicación cantonal de la Política de SDRS	
			Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia	Cumplimiento de la Ley	Número de cantones donde existen Comités de Usuarias de la LMGYAI	
					Número de cantones con servicios de salud que cumplen con la gratuidad de la LMGYAI	
			Inter-sectorialidad	Atención a la violencia intrafamiliar	Número de cantones con comisaría de la mujer	
					Número de cantones donde la violencia intrafamiliar ha aumentado	



Tema	Categoría	Dimensión	VARIABLES	Indicador	Datos	Información cualitativa	
Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	Ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos	Inter-sectorialidad	Atención a mujeres en edad fértil	Número de cantones con servicios de planificación familiar	Complemento cualitativo con análisis positivo o negativo del tema	
					Número de cantones con programas de prevención de embarazos en adolescentes		
					Número de cantones que poseen al menos una unidad para emergencias obstétricas situada hasta dos horas de la cabecera cantonal		
			Interculturalidad	Número de cantones en que la atención en salud tiende a adecuarse a la diversidad cultural local			
			Mortalidad de mujeres	Mortalidad de Mujeres en Edad Fértil registrada en el cantón 2004-2005	Número de muertes en MEF registrada en el cantón 2004-2005		Complemento cualitativo con análisis positivo o negativo del tema
				Tendencia de la mortalidad de mujeres en edad fértil 2004-2005	Número de cantones con incremento, disminución o estabilidad de la mortalidad de MEF 2004-2005		
		Mortalidad materna		Número de MM registradas en el cantón 2004-2005			
		Demora como causa de mortalidad materna		Número de muertes maternas por tipo de demora			
		Natalidad	Nacidos vivos	Nacidos vivos en el cantón			
				Número de nacidos vivos totales			



Tema	Categoría	Dimensión	Variables	Indicador	Datos	Información cualitativa
Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	Ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos	Acceso a la atención del parto	Atención no profesional del parto	Número de partos atendidos por personal no profesional en salud	Complemento cualitativo con análisis positivo o negativo del tema
				Atención profesional del parto	Número de partos atendidos por personal de salud fuera de los hospitales	
				Atención del parto	Total de partos atendidos	
				Demora como causa de MM	Número de MM por tipo de demora	
			Veeduría social de la muerte materna (MM)	Mortalidad materna estudiada por comité cantonal	Número de MM estudiadas por comité cantonal	
					Análisis primera demora de la MM estudiadas por el comité cantonal	
		Análisis segunda demora de la MM estudiadas por el comité cantonal				
Modelo de atención en salud	Atención Primaria de Salud	Integralidad de la atención	Promoción	Actividades de promoción	Número de cantones con actividades de promoción fuera de las unidades de salud	Complemento cualitativo con análisis positivo o negativo del tema
					Número de cantones que refieren que su personal de salud realiza visitas domiciliarias	
			Prevención	Actividades de prevención	Número de cantones que consideran suficientes las actividades de prevención	
		Curación	Actividades curativas	Número de cantones que consideran que las actividades curativas responden a las necesidades de los habitantes del cantón		

Tema	Categoría	Dimensión	Variables	Indicador	Datos	Información cualitativa
Modelo de atención en salud	Atención Primaria de Salud	Integralidad de la atención	Inter-culturalidad	Medicina tradicional	Número de cantones en donde existe medicina tradicional	Complemento cualitativo con análisis positivo o negativo del tema
		Integración entre niveles de atención	Referencia y contra-referencia	Sistema de referencia y contrarreferencia	Número de cantones que poseen un sistema de referencia y contrarreferencia	
		Inter-sectorialidad e interinstitucionalidad	Coordinación inter-institucional e intersectorial	Red de atención en salud interinstitucional e intersectorial	Número de cantones que coordinan los servicios de salud para la extensión de cobertura	
				Red de atención al maltrato	Número de cantones que poseen una red para atención al maltrato	
		Atención de emergencia	Número de cantones que tienen acceso a servicio de emergencia en salud			
Medicamentos esenciales	Acceso	Regulación	Disponibilidad del (CNMB)	Nivel de disponibilidad	Número de cantones que refieren que los prescriptores disponen del CNMB	Complemento cualitativo con análisis positivo o negativo del tema
		Gestión	Utilización del CNMB	Nivel de utilización	Número de cantones que refieren que los prescriptores utilizan el CNMB	
			Expendio de medicamentos genéricos	Nivel de expendio	Número de cantones que refieren que las farmacias expenden medicamentos genéricos	
			Promoción de medicamentos genéricos	Exhibición del cuadro de medicamentos genéricos	Número de cantones que refieren que las farmacias exhiben el cuadro de medicamentos genéricos	
			Disponibilidad de medicamentos	Nivel de disponibilidad de medicamentos	Número de cantones que refieren tener disponibilidad de medicamentos para tratar las enfermedades más frecuentes	
			Gratuidad de medicamentos	Nivel de disponibilidad de medicamentos gratuitos	Número de cantones que disponen de medicamentos gratuitos para la población que no puede pagar	
			Control de expendio	Nivel de control del expendio de productos con registro sanitario	Número de cantones que ejercen control del expendio de productos con registro sanitario	



Tema	Categoría	Dimensión	Variables	Indicador	Datos	Información cualitativa
Rectoría y descentralización	Marco legal	Rectoría	Dirección técnica del Consejo Cantonal de Salud	Ejercicio de la Secretaría Técnica	Número de Consejos Cantonales de Salud en los que la Secretaría Técnica la ejerce el Ministerio de Salud Pública	Complemento cualitativo con análisis positivo o negativo del tema
			Perfil técnico de la autoridad de salud local	Adecuación del perfil al rol de la autoridad de salud local	Número de cantones que refieren tener autoridades con perfil técnico adecuado a su rol de Autoridad	
			Estabilidad de la autoridad de salud	Estabilidad en los últimos dos años	Número de cantones que refieren que las autoridades de salud han tenido estabilidad en los últimos dos años	
			Dotación de recursos humanos	Percepción de la suficiencia del recurso humano en salud	Número de cantones que manifiestan que la dotación del recurso humano esta de acuerdo a la población	
		Participación ciudadana	Nivel de participación ciudadana en la elaboración de planes locales de salud	Número de cantones que han elaborado el plan locales de salud con participación ciudadana		
			Planes locales de salud elaborados por consejos cantonales	Número de consejos cantonales que han elaborado el plan local de salud		
			Otras instancias sociales que hayan elaborado planes de salud	Número de cantones que atribuyen la elaboración del plan local de salud a otras instancias sociales diferentes al consejo cantonal		
			Ejecución del plan local de salud	Número de cantones que se hallan ejecutando el plan local de salud		

Tema	Categoría	Dimensión	Variables	Indicador	Datos	Información cualitativa
Rectoría y descentralización	Marco legal	Gestión descentralizada	Veeduría social	Existencia de instancias de veeduría social	Número de cantones que Refieren la existencia de instancias de veeduría social	Complemento cualitativo con análisis positivo o negativo del tema
			Cooperación externa en salud	Existencia de proyectos de cooperación externa en salud	Número de cantones que cuentan con proyectos de cooperación externa en salud	
	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud	Cumplimiento de la Ley	Conformación de consejos Cantonales de Salud	Consejos cantonales conformados de acuerdo a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud	Número de consejos cantonales conformados de acuerdo a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud	
			Participación igualitaria en consejos cantonales	Existencia de participación igualitaria en los consejos cantonales de salud	Número de consejos cantonales en donde se refiere participación igualitaria	
Acceso a la salud	Financiamiento	Financiamiento estatal	Asignaciones presupuestarias	Asignaciones presupuestarias oportunas	Número de consejos cantonales de salud que refieren oportunidad en las asignaciones presupuestarias	
				Asignaciones presupuestarias suficientes	Número de consejos cantonales de salud que refieren suficiencia de las asignaciones presupuestarias	
				Regularidad en la asignación de los fondos de maternidad gratuita	Número de consejos cantonales de salud que refieren regularidad en las asignaciones de los fondos de la Ley de Maternidad Gratuita	



Tema	Categoría	Dimensión	Variables	Indicador	Datos	Información cualitativa
Acceso a la salud	Financiamiento	Optimización de recursos	Coordinación en el uso de los recursos	Nivel de coordinación para el mejor uso de los recursos	Número de consejos cantonales que refieren mecanismos de coordinación para el mejor uso de los recursos	Complemento cualitativo con análisis positivo o negativo del tema
		Veeduría social	Funcionamiento del comité de gestión de fondos solidarios de la ley de maternidad gratuita	Número de comités de gestión de fondos funcionando	Número de comités de gestión de fondos solidarios de la Ley de Maternidad Gratuita funcionando	
	Universalidad	Aseguramiento	Formulación de propuestas de aseguramiento en salud sin pago directo	Número de propuestas de aseguramiento en el marco de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud	Número de propuestas de aseguramiento en el marco de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud	
Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	Ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos	Investigación de la mortalidad materna en el nivel hospitalario	Muertes maternas estudiadas por el comité hospitalario	Número de MM estudiadas por el comité hospitalario	Complemento cualitativo con análisis positivo o negativo del tema
				Muertes maternas por tercera demora	Número de MM por tercera demora identificadas por el comité hospitalario	
			Muertes maternas al egreso hospitalario	Número de MM al egreso identificadas por el comité hospitalario		
			Tipo de partos	Partos hospitalarios	Número de partos hospitalarios	
		Partos vaginales hospitalarios	Número de partos vaginales hospitalarios			
		Partos por cesárea	Número de partos por cesárea			

Tema	Categoría	Dimensión	Variables	Indicador	Datos	Información cualitativa
Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	Ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos	Egresos hospitalarios (morbilidad)	Egresos hospitalarios por complicaciones obstétricas	Número de egresos hospitalarios por complicaciones obstétricas	Complemento cualitativo con análisis positivo o negativo del tema
				Egresos hospitalarios por aborto	Número de egresos hospitalarios por aborto	
			Complicaciones obstétricas	Tasa de letalidad por complicaciones obstétricas	Número de muertes maternas	
			Acceso a centros de emergencias obstétricas	Nivel de acceso de los cantones a centros de emergencias obstétricas	Percepción cantonal de los niveles de acceso a centros de emergencias obstétricas	
	Organización y gestión de servicios de salud	Normatización de la atención obstétrica		Cumplimiento de normas para la infección obstétrica	Percepción cantonal de los niveles de cumplimiento de normas para la infección obstétrica	Complemento cualitativo con análisis positivo o negativo del tema
				Cumplimiento de normas para hemorragia	Percepción cantonal de los niveles de cumplimiento de normas para la hemorragia obstétrica	
				Cumplimiento de normas para hipertensión	Percepción cantonal de los niveles de cumplimiento de normas para la hipertensión obstétrica	



Tema	Categoría	Dimensión	Variables	Indicador	Datos	Información cualitativa
Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	Organización y gestión de servicios de salud	Normatización de la atención obstétrica	Cumplimiento de normas para parto vaginal incluyendo tercera etapa	Percepción cantonal de los niveles de cumplimiento de normas para la atención del parto vaginal incluyendo tercera etapa	Complemento cualitativo con análisis positivo o negativo del tema
				Cumplimiento de de norma para extracción manual de placenta	Percepción cantonal de los niveles de cumplimiento de normas para la extracción manual de la placenta	
				Cumplimiento de normas para la extracción de productos retenidos	Percepción cantonal de los niveles de cumplimiento de normas para la extracción de productos retenidos	
			Dotación de recursos humanos	Número de médicos generales	Razón médicos generales población cantonal	
				Número de obstetrices	Razón obstetrices Población cantonal	
				Número de enfermeras	Razón enfermeras Población cantonal	
				Número de ginecoobstetras	Razón ginecoobstetras Población cantonal	
				Número de anesthesiólogos	Razón anesthesiólogos Población cantonal	
			Capacidad resolutive (servicios ofertados)	Atención 24 horas	Cantones con atención obstétrica 24 horas	
				Servicio de ambulancia	Cantones con servicios de ambulancia	
				Servicio de cesárea	Cantones con servicios de cesárea	
				Servicio de transfusiones	Número de cantones con servicios de transfusiones	

# CONSTRUCCIÓN SOCIAL

## POR LA SALUD Y LA VIDA

### Informe Nacional de la Primera Fase del III Congreso por la Salud y la Vida

#### Seguimiento de la Agenda Política en Salud 2004-2006

##### Resumen ejecutivo<sup>1</sup>

En los resultados preliminares del seguimiento de la Agenda Política 2004-2006 realizado a nivel nacional se evidencia la necesidad de establecer una línea base que permita medir la aplicación de la Política del Sistema Nacional de Salud.

En este contexto, es importante evaluar los resultados cuantitativos y cualitativos a los temas de la Agenda Política 2004-2006, que formarán el marco de referencia para la realización del III Congreso por la Salud y la Vida.

En el tema de los **Objetivos de Desarrollo del Milenio; equidad y derecho a la salud** se refleja un incremento de muertes neonatales y un decremento en la muerte postneonatal y de la niñez. Cabe mencionar que dentro de las principales acciones realizadas a nivel nacional en relación a estos temas se toma en cuenta la promoción de la Ley de Maternidad Gratuita, actividades de educación comunitaria y actividades preventivas dentro de las Unidades de Salud.

Sobre el tema de los **Derechos Sexuales y Reproductivos**, los resultados demuestran que los niveles de conocimiento sobre la política de salud y derechos sexuales y reproductivos son limitados. Sin embargo, la Ley de Maternidad Gratuita es considerada como un componente importante y positivo para el país, a pesar de las dificultades en la asignación de sus recursos económicos. Los temas de violencia intrafamiliar, embarazo en adolescentes continúan siendo un problema de salud pública poco visualizado a nivel local y nacional.

En el tema de **Muerte Materna**, la veeduría social registra para el bienio 169 muertes con un crecimiento de la primera y segunda

demora<sup>2</sup>; además existe un decremento de la atención profesional del parto en costa y oriente<sup>3</sup>, comprobando la necesidad de fortalecer las acciones de atención integral en salud materna.

El **modelo de atención** en salud, recoge una práctica importante de actividades de promoción intramural y extramural, sin embargo las actividades de prevención se perciben todavía como insuficientes al igual que las actividades curativas. El sistema de referencia y contrarreferencia funciona parcialmente, situación que va en detrimento de la extensión de cobertura.

En el tema del **acceso a medicamentos esenciales**, los resultados reflejan que los prescriptores disponen del cuadro básico de medicamentos. En lo relacionado con medicamentos genéricos, se establece que en un 60% de establecimientos los expenden, pero la exhibición del listado y el control de productos con registro sanitario se realizan en un pequeño porcentaje.

El cuanto a **rectoría y descentralización del Sistema Nacional de Salud**, se evidencia la necesidad de fortalecer la funcionalidad del Sistema en el marco regulatorio de la Autoridad Sanitaria.

<sup>2</sup> Dada la limitación de los datos señalados respecto del universo, estos deben interpretarse como una comparación entre los años de referencia del estudio.

<sup>3</sup> Ídem.

<sup>1</sup> Informe presentado al Directorio del Consejo Nacional de Salud en la reunión ordinaria del 21 de diciembre del 2006



Finalmente, en el tema de **financiamiento** existen limitaciones en la cuantía, oportunidad y regularidad de las asignaciones en los presupuestos locales, lo que influye directamente en los otros temas de la Agenda Política 2004-2006.

## 1. Antecedentes y justificación

Durante el II Congreso por la Salud y la Vida realizado en la ciudad de Guayaquil en Septiembre del 2004 y en los 11 talleres pre-Congreso, se analizaron 6 temas de interés nacional:

- Tema 1:** Objetivos de Desarrollo del Milenio, Equidad y Derecho a la Salud
- Tema 2:** Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
- Tema 3:** Modelo de atención y redes para la extensión de cobertura en salud
- Tema 4:** Acceso a los medicamentos esenciales
- Tema 5:** Rectoría y descentralización del Sistema Nacional de Salud
- Tema 6:** Financiamiento y acceso universal a salud

El análisis de estos ejes temáticos aportó con los elementos necesarios para la elaboración de la Agenda Política en Salud 2004-2006, marco de referencia para la definición y organización de planes, programas y proyectos tanto del nivel nacional como del provincial y local.

Uno de los acuerdos fundamentales del II Congreso fue la necesidad de dar **seguimiento a la implementación de la Agenda Política**, de manera que se constituya en una responsabilidad tanto de la sociedad civil, como de los gobiernos nacional y seccionales; y, que el análisis colectivo del mismo sea el inicio de las actividades previas a la realización del III Congreso por la Salud y la Vida a realizarse en la ciudad de Cuenca en el año 2007, para lo que se ha definido 3 fases:

### Primera fase

- Realización entre Septiembre y Noviembre del 2006, de 3 talleres regionales, Guayaquil, Cuenca y Quito; y, 22 talleres provinciales para el análisis y seguimiento de la Agenda Política del II Congreso por la Salud y la Vida.
- Ejecución de 22 talleres provinciales

### Segunda fase

- Ejecución durante el primer cuatrimestre del 2007, de 22 talleres provinciales previos al III Congreso, en los cuáles se contará como insumo básico, además de los temas mismos del Congreso, con el documento producto de la primera fase:

**Análisis del seguimiento de la Agenda Política del II Congreso por la Salud y la Vida, consolidado nacional, y por provincias.**

### Tercera Fase

- Desarrollo del III Congreso por la Salud y la Vida. Cuenca 2007

## 2. Diseño metodológico

### 2.1 Tipo de estudio

Se realizó una investigación descriptiva retrospectiva cuali cuantitativa (2004-2005) de los seis temas de la Agenda Política y sus principales lineamientos lo que permitiría un análisis conducente a una reflexión integradora sobre su estado de situación y las alternativas de enfrentar los problemas desde los niveles locales de gestión.

Adicionalmente, se investigó el comportamiento bienal de un conjunto de indicadores para analizar la tendencia de los datos referenciales de la mortalidad de mujeres y materna en el Ecuador como resultado de las acciones propuestas por los Consejos Cantonales así como por las intervenciones de los hospitales cantonales y provinciales del Ecuador.

La información que se genera en el presente reporte corresponde a la proporcionada por un total de 19 de las 22 provincias del país. No se cuenta con la información de Galápagos, Morona y Orellana, provincias que en términos de población representarían un 2% del total nacional. El análisis reporta la información de 134<sup>4</sup> (62%) de los 218 cantones del Ecuador, lo que remarca la limitación del estudio y la cautela necesaria a la hora de intentar realizar inferencias al nivel país.

### 2.2 Objetivo general

- Generar espacios de análisis sobre el cumplimiento, a nivel cantonal, provincial y nacional de los compromisos establecidos en la Agenda Política 2004-2006, como insumo fundamental para el III Congreso por la Salud y la Vida.

<sup>4</sup> Finalmente se recolectó la información de 200 cantones (91%) del país

## 2.3 Objetivos específicos

- Reactivar y/o formar el grupo de facilitadores provinciales responsable de la recolección y sistematización de la información relevante sobre la implementación de la Agenda Política en Salud del II Congreso por la Salud y la Vida
- Impulsar espacios de diálogo para la recolección de la información cantonal, provincial y nacional sobre las acciones implementadas para el cumplimiento de los acuerdos de la Agenda Política
- Disponer de un documento general que recoja la información por niveles territoriales sobre el cumplimiento de la Agenda
- Conformar la Comisión Provincial responsable de la ejecución de la segunda fase del III Congreso por la Salud y la Vida Cuenca 2007

## 3. Resultados por temas del seguimiento de la Agenda Política 2004-2006

### Tema 1: Objetivos de Desarrollo del Milenio, equidad y derecho a la salud (mortalidad infantil y de la niñez<sup>5</sup>, morbilidad infecciosa y dotación de agua potable)

#### 3.1.1 Mortalidad de la niñez y de menores de 5 años

Datos	Años	Costa	Sierra	Oriente	TOTAL	Tendencia de datos referenciales*
Mortalidad neonatal (0-28 días)	04	399	363	28	790	<b>Creciente</b>
	05	435	347	27	809	
Mortalidad postneonatal (de 29 días a 11 meses cumplidos)	04	363	512	44	877	<b>Decreciente</b>
	05	292	447	38	777	
Mortalidad de la niñez (entre 12-59 meses)	04	216	416	46	678	<b>Decreciente</b>
	05	174	284	30	488	

\* Dada la limitación de los datos señalados respecto del universo, estos deben interpretarse como una comparación entre los años de referencia del estudio.

Se reporta un incremento de la notificación de muertes neonatales y una tendencia decreciente\* de la notificación de la mortalidad infantil y de la niñez.

<sup>5</sup> Para el presente análisis la mortalidad infantil (defunciones antes de un año cumplido), se divide en dos rangos de edad: la neonatal (0 a 28 días) y la postneonatal (de 29 días a 11 meses cumplidos). Las defunciones ocurridas de los 12 a los 59 meses cumplidos se clasifica como mortalidad en la niñez y las defunciones de menores de 5 años (0 a 59 meses) como mortalidad en menores de 5 años.

No se cuenta con tasas estandarizadas ajustadas por población lo que permitiría una apreciación más válida de la tendencia de la mortalidad infantil.

#### 3.1.2 Principales acciones realizadas para afrontar al tema

### Acciones

#### Mortalidad neonatal

##### Promoción

Acciones de capacitación comunitaria e institucional

Promoción de la LMGYAI

##### Prevención

Controles prenatales

Inmunizaciones

Capacitación a parteras

#### Organización de servicios

Servicios de AIEPI

Parto institucional

Atención parto 24 horas

#### Mortalidad infantil

##### Promoción

Acciones de capacitación comunitaria e institucional

Promoción de la LMGYAI

##### Prevención

Controles prenatales

Inmunizaciones

Control de crecimiento y desarrollo

#### Organización de servicios

Servicios de AIEPI

Control de crecimiento y desarrollo

Coordinación institucional para ampliar coberturas de control

## Mortalidad de la niñez

### Promoción

Promoción de la LMGYAI

### Prevención

Control a preescolares

Apertura de tarjetas de riesgo

Control de crecimiento y desarrollo

### Organización de servicios

Control a preescolares

Control de crecimiento y desarrollo

Coordinación institucional para ampliar coberturas de control

### 3.1.3 Morbilidad infecciosa: infección VIH, malaria y tuberculosis

Datos	Años	Costa	Sierra	Oriente	TOTAL	Tendencia* de datos referenciales
VIH	04	277	100	2	379	<b>Creciente</b>
	05	307	127	5	439	
Malaria	04	9464	2581	1362	13407	<b>Decreciente</b>
	05	6468	2223	1731	10422	
Tuberculosis	04	1191	758	272	2221	<b>Decreciente</b>
	05	1195	780	217	2192	

\* Dada la limitación de los datos señalados respecto del universo, estos deben interpretarse como una comparación entre los años de referencia del estudio.

La notificación del VIH en el período que se revisa es creciente. Existe una subnotificación de casos VIH en este estudio respecto del reporte 2005 del Programa de VIH/SIDA del Ministerio de Salud Pública representa un 60%; que podría explicarse por la falta de reporte de casos de las provincias de Guayas y Pichincha aparte de las dificultades de coordinación interinstitucional de los Consejos Provinciales y Cantonales para actualizar datos de esta patología.

La disminución en la notificación de malaria podría explicarse por la tasa de no respuesta de cantones con afectación importante; así como por los inviernos moderados durante el bienio de estudio. La tuberculosis se mantiene estacionaria.

### 3.1.4 Principales acciones realizadas para afrontar el tema

#### Acciones

#### Morbilidad por VIH

##### Promoción

Sensibilización para la creación de políticas de atención en VIH.

Campañas de información a nivel comunitario e institucional.

Implementación de programas de información en VIH.

##### Prevención

Pruebas de tamizaje

Chequeo de embarazadas

##### Organización de servicios

Implementación de laboratorios para diagnóstico de VIH.

Referencia a unidades de mayor complejidad.

Seguimiento de casos

Asistencia y consejería para diagnosticados.

#### Morbilidad malaria

##### Promoción

Información y educación comunitaria

Campañas de información a nivel comunitario e institucional.

Implementación de programas de información en malaria.

##### Prevención

Fumigación

Control de vectores

Control de crecimiento y desarrollo

##### Organización de servicios

Vigilancia epidemiológica

Seguimiento de casos



## Morbilidad por Tuberculosis

### Promoción

Información y educación comunitaria

Campañas de información a nivel comunitario e institucional.

Implementación de programas de información en tuberculosis.

### Prevención

Búsqueda activa de casos

### Organización de servicios

Vigilancia epidemiológica

Diagnóstico precoz

Control y tratamiento

### 3.1.5 Acceso a la dotación de agua potable

Datos	2004	2005	Cobertura
Cobertura cantonal de la población con servicios de agua potable	29,5%	31,9%	Creciente

Las coberturas de dotación de agua potable siguen siendo muy bajas y en este estudio se expresan posiblemente por el efecto de tasa de no respuesta de cantones predominantemente rurales en donde las coberturas son sustancialmente inferiores a los cantones urbanos.

### 3.1.6 Principales acciones realizadas para afrontar el tema

Entre las principales acciones realizadas para mejorar acceso a agua potable, se ubica a la gestión institucional para obtención de plantas potabilizadoras con participación comunitaria en algunos casos; y en aquellos cantones con dotación el estudio reporta la promoción de normas para cloración y el tratamiento del agua para garantizar su seguridad.

## Tema 2: Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR)

### 3.2.1 Ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos

#### 3.2.1.1 Conocimiento de la Política Nacional de SDRS

¿Los delegados cantonales relacionados con salud conocen la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos?	TOTAL	%
1 SI	15	10%
2 MUCHO	5	3%
3 POCO	93	64%
4 NO	32	22%
TOTAL GENERAL	145	100%

#### 3.2.1.2 Aplicación de la Política Nacional de SDRS

¿Se está aplicando la Política de SDRS?	TOTAL	%
1 SI	26	18%
2 MUCHO	15	11%
3 POCO	65	46%
4 NO	36	25%
TOTAL GENERAL	142	100%

#### 3.2.1.3 Cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita

¿Existen Comités de Usuarías de Maternidad Gratuita?	TOTAL	%
NO	78	55%
SI	63	45%
TOTAL GENERAL	141	100%

¿Las unidades de salud beneficiarias del Fondo de la LMGYAI están cumpliendo con la gratuidad?	TOTAL	%
1 SI	79	55%
2 MUCHO	25	17%
3 POCO	39	27%
4 NO	1	1%
TOTAL GENERAL	144	100%

El ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) en la muestra de estudio es limitado en tanto el conocimiento (86% no conoce/poco) y aplicación (71% no aplica) de los marcos regulatorios de estos Derechos por parte de los decisores de política delegados a los Consejos Cantonales y Provinciales es pobre.

Esto se expresa en la constitución (no se conoce su funcionalidad) de comités de usuarios de la LMGYAI en apenas el 45% de la muestra de cantones, informándose del cumplimiento de la gratuidad en el 72% de ellos.

### 3.2.2 Intersectorialidad

#### 3.2.2.1 Atención a violencia intrafamiliar

¿Existen Comisarías de la Mujer en el Cantón?	TOTAL	%
NO	78	55%
SI	63	45%
TOTAL GENERAL	141	100%

¿Los casos de violencia intrafamiliar reportados han aumentado el último año?	TOTAL	%
NO	51	37%
SI	88	63%
TOTAL GENERAL	139	100%

#### 3.2.2.2 Atención a las mujeres en edad fértil

¿Existe servicio(s) de planificación familiar en el Cantón?	TOTAL	%
NO	14	14%
SI	117	117%
TOTAL GENERAL	131	131%

¿Hay programas de prevención de embarazos en adolescentes en el Cantón?	TOTAL	%
NO	86	62%
SI	53	38%
TOTAL GENERAL	139	100%

¿Cuentan los pobladores de su cantón con una Unidad de salud, que pueda atender emergencias obstétricas, situada hasta dos horas de su lugar de residencia?	TOTAL	%
NO	40	30%
SI	93	70%
TOTAL GENERAL	133	100%

#### 3.2.2.3 Interculturalidad

¿La atención del servicio de salud, tiende a adecuarse a la diversidad cultural local?	TOTAL	%
1 SI	59	44%
2 MUCHO	16	12%
3 POCO	38	29%
4 NO	20	15%
TOTAL GENERAL	133	100%

El incremento reportado de casos de violencia intrafamiliar en 63% de la muestra, tiene un limitado correlato operativo que se expresa en la implementación de comisarías de la mujer (45% de los cantones); programas de prevención de embarazo adolescente (38% de los cantones); y servicios de atención de emergencias obstétricas en 70% de los cantones encuestados; lo que ratifica un tema de limitaciones en la coordinación intersectorial de los Consejos Cantonales de Salud para establecer/implementar estrategias de afrontamiento de estos temas específicos. Se refiere una percepción de los encuestados respecto de la adecuación de los servicios de salud a la diversidad cultural local en un 54% de informes.

#### 3.2.3 Mortalidad de mujeres

Datos	Años	Costa	Sierra	Oriente	TOTAL	Tendencia
Mortalidad de mujeres en edad fértil	04	815	707	84	1606	Decreciente
	05	680	505	51	1236	
Mortalidad materna por Primera Demora	04	-	9	-	36 son 43.9% de la MM total 2004	Creciente
	05	24	16	1	41 son 47.1% de la MM total 2005	
Mortalidad materna por Segunda Demora	04	1	3	-	4 son 4.8% de la MM total 2004	Creciente
	05	3	8	-	11 son 12.6% de la MM total 2005	
Mortalidad materna	04	29	47	6	82	Creciente
	05	28	54	5	87	

#### 3.2.4 Natalidad

Datos	2004	2005	Tendencia
Natalidad (Registro Civil)	11170	10739	Decreciente
Nacidos vivos totales (corregido por inscripciones tardías)	89453	81071	Decreciente



### 3.2.5 Acceso a la atención del parto

Datos	Años	Costa	Sierra	Oriente	TOTAL	Tendencia*
Total atención del parto	04	22356	22581	3297	48234	<b>Creciente</b>
	05	23147	22804	3969	49920	
Atención profesional del parto fuera del hospital	04	6598	3507	355	10460	<b>Decreciente</b>
	05	6877	3095	396	10368	
Atención profesional del parto	04	16169	16394	2392	34955	<b>Decreciente</b>
	05	13008	18720	2952	34680	
Atención no profesional del parto	04	6187	6187	905	13279	<b>Creciente</b>
	05	10139	4084	1017	15240	

### 3.2.6 Veeduría social de la Muerte Materna

#### 3.2.6.1 Investigación de la mortalidad materna por el comité cantonal

Datos	Años	Costa	Sierra	TOTAL	Tendencia*
Número/porcentaje de muertes maternas analizadas por comité cantonal	04	6	33	39 son el 48% de la mortalidad total 2004	<b>Creciente</b>
	05	9	32	41 son el 47% de la mortalidad total 2005	
Porcentaje de la muerte materna por primera demora analizada por el comité cantonal	04			36 son el 44% de la mortalidad total 2004	<b>Creciente</b>
	05			41 son el 47% de la mortalidad total 2005	
Porcentaje de la muerte materna por segunda demora analizada por el comité cantonal	04			4 son el 5% de la mortalidad total 2004	<b>Creciente</b>
	05			11 son el 13% de la mortalidad total 2005	

\* Dada la limitación de los datos señalados respecto del universo, estos deben interpretarse como una comparación entre los años de referencia del estudio.

### 3.3 Ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) para la reducción de la mortalidad materna hospitalaria

#### 3.3.1 Investigación de la mortalidad materna en el nivel hospitalario

Datos	2004	2005	Tendencia*
Muertes maternas estudiadas por el comité hospitalario	37	52	<b>Creciente</b>
Muertes maternas por tercera demora	6	46	<b>Creciente</b>
Muertes maternas al egreso hospitalario	19	16	<b>Decreciente</b>

\* Ídem.

#### 3.3.2 Tipología de los partos hospitalarios

Datos	2004	2005	Tendencia*
Total de partos hospitalarios	56790	56865	<b>Decreciente</b>
Partos vaginales hospitalarios	42070	41841	<b>Decreciente</b>
Partos por cesárea	14720	15024	<b>Creciente</b>

\* Ídem.

#### 3.3.3 Egresos hospitalarios (morbilidad)

Datos	2004	2005	Tendencia*
Egresos hospitalarios por complicaciones obstétricas	5627	7236	<b>Creciente</b>
Egresos hospitalarios por aborto	8171	9196	<b>Creciente</b>

\* Ídem.

#### 3.3.4 Acceso a centros de emergencias obstétricas

Datos	SI	NO	NO responde	TOTAL
Nivel de acceso de los cantones a centros de emergencias obstétricas	50	60	15	125
	40%	48%	12%	100%

### 3.3.5 Normatización de la atención obstétrica para el manejo de: infección obstétrica, hemorragia, hipertensión, atención parto, extracción manual de placenta, extracción de productos retenidos

Datos	SI	%	NO	%
Percepción cantonal de los niveles de cumplimiento de normas para la infección obstétrica	63	71%	26	29%
Percepción cantonal de los niveles de cumplimiento de normas para la hemorragia obstétrica	70	80%	18	20%
Percepción cantonal de los niveles de cumplimiento de normas para la hipertensión obstétrica	71	81%	17	19%
Percepción cantonal de los niveles de cumplimiento de normas para la atención del parto vaginal incluye 3ª etapa	74	83%	15	17%
Percepción cantonal de los niveles de cumplimiento de normas para la extracción manual de la placenta	68	80%	17	20%
Percepción cantonal de los niveles de cumplimiento de normas para la extracción de productos retenidos	61	74%	21	26%

### 3.3.6 Capacidad resolutive de los servicios ofertados para la atención obstétrica

Datos	SI	%	NO	%
Número de unidades COE y COC que ofrecen atención obstétrica 24 horas	67	89,33	8	10,67
Número de unidades COE y COC que ofrecen servicios de ambulancia	44	61,11	28	38,89
Número de unidades COC que ofrecen servicios de cesárea	50	74,63	17	25,37
Número de unidades COC que ofrecen servicios de transfusiones	18	29,03	44	70,97

### 3.3.7 Principales acciones realizadas para afrontar el tema

#### Acciones

#### Muerte Materna estudiada por comité hospitalario

##### Promoción

Promoción y sensibilización acerca de riesgos obstétricos

##### Prevención

Talleres de capacitación a parteras y personal de APS

#### Organización de servicios

Conformación y funcionamiento de los Comités de Vigilancia de la Mortalidad Materna

#### Mortalidad por tercera demora

##### Promoción

Capacitación al personal de salud en protocolos de atención a emergencias obstétricas

##### Prevención

Implementación de programas de reforma de calidad de atención en emergencias obstétricas

#### Organización de servicios

Implementación de referencia a servicios de mayor complejidad

Implementación de programas de reforma de calidad de atención en emergencias obstétricas

#### Mortalidad Materna al egreso hospitalario

##### Promoción

Capacitación permanente

##### Prevención

#### Organización de servicios

Vigilancia epidemiológica

Implementación de referencia a servicios de mayor complejidad



### 3.3.8 Análisis cualitativo de aspectos positivos y negativos relacionados con el ejercicio de la Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

Provincia	Aspectos positivos	Aspectos negativos
<b>Azuay</b>	La ejecución de la Ley de Maternidad Gratuita	Los programas no se cumplen totalmente, por debilidades de recursos económicos y humanos
<b>Bolívar</b>	La ejecución de la Ley de Maternidad Gratuita	Poca difusión de Ley de Maternidad Gratuita y Políticas Sexual y Derechos Sexuales y Reproductivos
<b>Cañar</b>	La existencia de la Ley de Maternidad Gratuita y la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	Poca difusión de Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y Políticas Sexual y Derechos Sexuales y Reproductivos
<b>Carchi</b>	Sectores trabajando por la Salud Sexual	Déficit de recursos, poca difusión de políticas
<b>Cotopaxi</b>	Educación e información sobre sexualidad	Un cantón no ha iniciado con la Ley de Maternidad Gratuita
<b>Chimborazo</b>	Existencia de la Ley de Maternidad Gratuita	Dos cantones no cuentan con Unidades que atiendan a emergencias obstétricas, y no se cumple con la gratuidad de los servicios de maternidad gratuita
<b>El Oro</b>	Existe relación interinstitucional con los municipios	Aún es débil la prestación de servicios en este tema
<b>Esmeraldas</b>	Existen grupos organizados para trabajar en salud	No se considera a la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos como política nacional
<b>Guayas</b>	La ejecución de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia coordinación entre autoridades para cumplimiento de programas	Poca difusión de la Política, y pocos recursos económicos lo que limita el cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
<b>Imbabura</b>	Existe un trabajo en red para la atención en Salud Sexual y Derechos Reproductivos	Pocos recursos y los pocos que existen no llegan de manera adecuada
<b>Loja</b>	Servicios de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia	Recursos escasos, tanto económicos como humanos Poca difusión de la política
<b>Los Ríos</b>	La existencia de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y en algunos cantones la coordinación interinstitucional para mejorar el servicio de salud	Los recursos económicos y humanos no son suficientes, lo que limita el servicio que se puede brindar en las unidades de salud, por lo que la gratuidad no es total
<b>Manabí</b>	Organizaciones que promulgan y difunden la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia	Poco conocimiento de la PSYDSR, aumento de violencia intrafamiliar, aumento de embarazos en adolescentes
<b>Napo</b>	Buena disposición para trabajar en red para desarrollar actividades de salud.	Poco conocimiento de la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos insuficiente conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos
<b>Pastaza</b>	Recursos de Planificación Familiar en Unidades de Salud	Aumento de violencia intrafamiliar. No existen comités de Usuarías
<b>Pichincha</b>	Maternidad Gratuita y socialización de los derechos sexuales	Deficiencia en la aplicación de la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos debido a su reciente difusión
<b>Sucumbios</b>	La violencia intrafamiliar ha disminuido. También la población se está beneficiando de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia	No existe claridad en las funciones del comité de usuarias, se lo maneja como un centro de cuestionamiento y no de trabajo
<b>Tungurahua</b>	La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia	No existe la promoción adecuada. Carencia de recursos humanos y económicos para desarrollar servicios de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
<b>Zamora Chinchipe</b>	La ciudadanía está más informada de sus derechos	No se ejecuta totalmente el Programa de Maternidad Gratuita, poca difusión de políticas, aumento de embarazos en adolescentes



### Tema 3: Características del modelo de atención

#### 3.4.1 Integralidad de la atención

¿Se realizan acciones de promoción, fuera de la unidad de salud?	TOTAL	%
NO	18	13%
SI	126	88%
TOTAL GENERAL	144	100%
¿El personal de salud de las unidades operativas realiza visitas domiciliarias?	TOTAL	%
NO	35	24%
SI	109	76%
TOTAL GENERAL	144	100%
¿Las actividades de prevención que realizan los servicios de salud del Cantón son suficientes?	TOTAL	%
1 SI	14	10%
2 MUCHO	26	19%
3 POCO	81	59%
4 NO	16	12%
TOTAL GENERAL	137	100%
¿Las actividades curativas que brindan los servicios de salud responden a las necesidades de los habitantes del Cantón?	TOTAL	%
1 SI	28	20%
2 MUCHO	31	22%
3 POCO	72	51%
4 NO	11	8%
TOTAL GENERAL	142	100%
¿Existe alguna práctica de medicina tradicional en el Cantón?	TOTAL	%
NO	14	10%
SI	122	90%
TOTAL GENERAL	146	100%

#### 3.4.2 Integración entre niveles de atención

¿Funciona la referencia y contrarreferencia de los Pacientes cuando requieren atención de un servicio de salud más complejo?	TOTAL	%
NO	98	69%
SI	44	31%
TOTAL GENERAL	142	100%

#### 3.4.3 Coordinación interinstitucional e intersectorial

¿Existe coordinación entre los servicios de salud del Cantón para la extensión de cobertura?	TOTAL	%
NO	68	47%
SI	76	53%
TOTAL GENERAL	144	100%
¿Existe una red de servicios para atender a personas víctimas de maltrato?	TOTAL	%
NO	114	80%
SI	29	20%
TOTAL GENERAL	143	100%
¿En caso de emergencia, hay acceso a algún tipo de servicio de salud?	TOTAL	%
NO	14	10%
SI	131	90%
TOTAL GENERAL	145	100%

### 3.4.4 Análisis cualitativo de aspectos positivos y negativos relacionados con el Modelo de Atención

Provincia	Aspectos positivos	Aspectos negativos
<b>Azuay</b>	Servicios de salud con disposición a la atención	No existe coordinación institucional, ni con medicina tradicional. Insuficientes actividades de prevención
<b>Bolívar</b>	Se realizan servicios de atención básica con poca promoción de salud	Poca coordinación institucional, ausencia de personal médico en áreas lejanas
<b>Cañar</b>	Contacto y coordinación con la población en general	No existen instituciones que realicen promoción. Poca coordinación interinstitucional
<b>Carchi</b>	Existe trabajo extramural en promoción	Falta coordinación interinstitucional, no existe comunicación con poblaciones alejadas
<b>Cotopaxi</b>	Existen actividades de promoción de acuerdo a programas específicos.	Resistencia de la población a la prevención en salud, poca coordinación con medicina tradicional, no funciona referencia y contrarreferencia
<b>Chimborazo</b>	Se realizan esfuerzos institucionales para extensión de cobertura	Deficiencia en el sistema de referencia, pocos recursos para cubrir necesidades de población
<b>El Oro</b>	Existen actividades de prevención	Poco personal para atención en las Unidades de Salud, poca coordinación con informales de salud
<b>Esmeraldas</b>	Actividades de promoción con medio radial	Deficiencia de recursos, no existen planes estratégicos para emergencias
<b>Guayas</b>	Atención en las unidades de salud básicamente curativas y pocas de promoción y prevención	Poca coordinación interinstitucional, lo que dificulta la cobertura necesaria
<b>Imbabura</b>	Fortalecimiento de coordinación institucional, para trabajos de promoción en la comunidad	Existe deficiencia en sistema de referencia y contrarreferencia, y pocos recursos para implementar coberturas suficientes
<b>Loja</b>	Existen unidades de salud del Ministerio que pueden dar atención básica y en emergencias	Poca actividad preventiva, no existen redes para cubrir maltrato, escasos recursos humanos, deficiencia en referencia y contrarreferencia
<b>Los Ríos</b>	Existen unidades de salud suficientes a la vez de coordinación para atención con instituciones locales	Poca asistencia domiciliar y preventiva. Los servicios no satisfacen las necesidades locales
<b>Manabí</b>	Existen actividades de prevención	Pocas unidades de salud equipadas suficientes para dar atención necesaria. No hay coordinación con medicina tradicional
<b>Napo</b>	Coordinación con medicina tradicional, y ejecución de actividades de promoción	Déficit en trabajo de prevención, y curación Poca coordinación interinstitucional
<b>Pastaza</b>	Ejecución de actividades de prevención y promoción	Poca coordinación institucional, déficit en referencia y contrarreferencia
<b>Pichincha</b>	Atención en las unidades de salud incluyendo servicios de promoción y prevención	Deficiencia en referencia y contrarreferencia, recursos humanos y económicos insuficientes
<b>Sucumbios</b>	Existen servicios de salud básicos y operativamente activos	Escaso personal para cumplir con la atención necesaria
<b>Tungurahua</b>	Actividades de prevención y personal médico dispuesto a la atención	Ausencia de servicios en red para atender maltrato, y déficit en referencia y contrarreferencia
<b>Zamora Chinchipe</b>	Atención de salud en unidades operativas de acuerdo a sus recursos	Pocos recursos para ampliación de cobertura

## Tema 4: Acceso a Medicamentos Genéricos

### 3.5.1 Aspectos de la regulación

¿Disponen los prescriptores (médicos, odontólogos y obstetras) del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos?	TOTAL	%
1 SI	86	62%
2 MUCHO	15	11%
3 POCO	25	18%
4 NO	13	9%
TOTAL GENERAL	139	100%

### 3.5.2 Aspectos de la gestión

¿Utilizan los prescriptores (médicos, odontólogos y obstetras) los Medicamentos del Cuadro Nacional Básico?	TOTAL	%
1 SI	80	57%
2 MUCHO	25	18%
3 POCO	25	18%
4 NO	10	7%
TOTAL GENERAL	140	100%

¿Las farmacias de su Cantón venden medicamentos genéricos?	TOTAL	%
1 SI	68	49%
2 MUCHO	14	10%
3 POCO	46	33%
4 NO	12	9%
TOTAL GENERAL	140	100%

¿Las farmacias de su Cantón exhiben el listado de medicamentos genéricos?	TOTAL	%
NO	119	85%
SI	21	15%
TOTAL GENERAL	140	100%

¿Hay disponibilidad de medicamentos para tratar las enfermedades más frecuentes de la zona?	TOTAL	%
1 SI	80	57%
2 MUCHO	21	15%
3 POCO	31	22%
4 NO	8	6%
TOTAL GENERAL	140	100%

¿En el Cantón existe disponibilidad de medicamentos gratuitos para las personas que los necesitan y que no los pueden comprar?	TOTAL	%
1 SI	24	17%
2 MUCHO	10	7%
3 POCO	74	53%
4 NO	31	22%
TOTAL GENERAL	139	100%

¿En su Cantón hay control del expendio de productos con Registro Sanitario?	TOTAL	%
1 SI	43	31%
2 MUCHO	18	13%
3 POCO	43	31%
4 NO	35	25%
TOTAL GENERAL	139	100%



### 3.5.3 Análisis cualitativo de aspectos positivos y negativos relacionados con el acceso universal a Medicamentos Esenciales

Provincia	Aspectos positivos	Aspectos negativos
<b>Azuay</b>	Existencia del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos	Poco control de registro sanitario, poco stock de medicamentos
<b>Bolívar</b>	Existencia de medicación gratuita dentro del stock de maternidad gratuita	Poco control en expendio de genéricos en farmacias, poco stock para necesidades locales
<b>Cañar</b>	Acceso a medicamentos genéricos	Poca utilización del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos
<b>Carchi</b>	Existencia de la ley de maternidad gratuita para expendio de medicamentos	Falta gratuidad de medicación, existe más apoyo para medicamentos colombianos
<b>Cotopaxi</b>	Utilización del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos	Existencia de nuevas drogas que no están incluidas en el cuadro, falta de control para las farmacias
<b>Chimborazo</b>	Existencia del cuadro básico, y prescripción médica de genéricos	Falta control de precios y expendio en medicamentos
<b>El Oro</b>	Prescripción de genéricos	No existe gratuidad de medicamentos, no hay control de expendio en las escuelas
<b>Esmeraldas</b>	Capacitación en medicamentos genéricos	Deficiencia en el uso del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos
<b>Guayas</b>	Abastecimiento de medicamentos en relación al Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos	Falta de gratuidad y poco control a las farmacias
<b>Imbabura</b>	Existe control para cumplir con los requisitos necesarios para el expendio de genéricos	Poca utilización de genéricos
<b>Loja</b>	Existencia del cuadro básico y stock de medicamentos	Consultas privadas no prescriben genéricos No se cuenta con stock suficiente de medicamentos genéricos, Poco control de expendio
<b>Los Ríos</b>	Existencia de la ley, manuales y normas de buena distribución	Ausencia de control, y limitación para la adquisición de los medicamentos básicos en vista que muchas veces no se cuenta con los medicamentos
<b>Manabí</b>	Se trabaja con el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos	El stock no abastece a las necesidades locales, no existe gratuidad para los más necesitados
<b>Napo</b>	Acceso a medicina genérica	No existe gratuidad de medicamentos
<b>Pastaza</b>	Prescripción y uso de medicamentos genéricos	Resistencia a nivel privado, para prescripción de genéricos
<b>Pichincha</b>	Dotación de medicamentos genéricos, y disminución de la automedicación	Poco control de farmacias y limitado stock de medicamentos
<b>Sucumbios</b>	Utilización de medicamentos genéricos, existencia de botiquines	No existe cantidad suficiente de genéricos, no existe gratuidad de medicamentos
<b>Tungurahua</b>	Disponibilidad de medicamentos genéricos a bajo costo	Farmacias que no venden genéricos, y falta de gratuidad de medicamentos
<b>Zamora Chinchipe</b>	Prescripción de medicamentos	Necesidad de inclusión de otras drogas que no constan en el Cuadro Básico

## Tema 5: Rectoría y descentralización del Sistema Nacional de Salud

### 3.6.1 Aspectos de la rectoría

¿En el Consejo de Salud la Secretaría Técnica la ejerce el Ministerio de Salud?	TOTAL	%
NO	90	66%
SI	47	34%
TOTAL GENERAL	137	100%
¿La designación de las autoridades de salud responde a perfiles técnicos?	TOTAL	%
NO	45	32%
SI	94	68%
TOTAL GENERAL	139	100%
¿Las autoridades de salud han tenido estabilidad en los últimos dos años?	TOTAL	%
NO	94	68%
SI	45	32%
TOTAL GENERAL	139	100%

### 3.6.2 Aspectos de la participación ciudadana

¿El Consejo de Salud ha elaborado el Plan Local de Salud?	TOTAL	%
NO	108	80.6
SI	26	19.4
TOTAL GENERAL	134	100
¿Ha participado la ciudadanía en la elaboración del Plan Local de Salud?	TOTAL	%
1 SI	20	15%
2 MUCHO	3	2%
3 POCO	24	18%
4 NO	90	66%
TOTAL GENERAL	137	100%
¿Este plan de salud, se encuentra en ejecución?	TOTAL	%
1 SI	11	8%
2 MUCHO	3	2%
3 POCO	13	10%
4 NO	108	80%
TOTAL GENERAL	135	100%

¿En ausencia del Consejo de Salud existe alguna instancia de participación ciudadana que haya elaborado el Plan Local de Salud?	TOTAL	%
NO	27	20%
SI	108	80%
TOTAL GENERAL	135	100%
¿En el Consejo de Salud hay participación igualitaria de las instituciones y de las organizaciones de la sociedad civil?	TOTAL	%
NO	83	66%
SI	43	34%
TOTAL GENERAL	126	100%

### 3.6.3 Aspectos de la gestión descentralizada

¿Alguna otra instancia cumple con las funciones de veeduría social?	TOTAL	%
NO	129	93%
SI	10	7%
TOTAL GENERAL	139	100%
¿Se ha conformado el Consejo Cantonal de Salud de acuerdo a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud?	TOTAL	%
NO	71	55%
SI	58	45%
TOTAL GENERAL	129	100%



### 3.6.4 Análisis cualitativo de aspectos positivos y negativos relacionados con la rectoría y descentralización del Sistema Nacional de Salud

Provincia	Aspectos positivos	Aspectos negativos
<b>Azuay</b>	Existencia de Consejos Cantonales	Bajo funcionamiento del Consejo Cantonal de Salud, y oposición de sindicatos de trabajadores de salud para mejorar las instituciones
<b>Bolivar</b>	Perfiles técnicos en autoridades zonales, y legalización de algunos Consejos Cantonales	Pocos recursos humanos, politización de recursos de salud
<b>Cañar</b>	No se han conformado Consejos Cantonales	Poca participación social
<b>Carchi</b>	Participación ciudadana para la conformación de los Consejos Cantonales de Salud	Inestabilidad política de directivos, pocos recursos humanos en unidades de salud
<b>Cotopaxi</b>	Participación ciudadana para la conformación de los Consejos Cantonales de Salud	Distribución de áreas de salud diferentes a cantones dificultan la coordinación de actividades
<b>Chimborazo</b>	Conformación de Consejos Cantonales y coordinación para su trabajo	Poca participación social, y poca coordinación institucional
<b>El Oro</b>	Coordinación institucional entre Municipio y MSP para llevar a cabo trabajo	No hay recursos humanos ni económicos
<b>Esmeraldas</b>	Conformación de Consejos Cantonales	Reuniones irregulares en los consejos por falta de consensos en el consejo
<b>Guayas</b>	Gestiones para sensibilizar la participación ciudadana, y proyectos de cooperación externa	Poca gestión institucional para coordinar acciones
<b>Imbabura</b>	Coordinación con niveles locales para atención en salud	Antecedentes de consejos creados pero sin funcionar Pocos recursos
<b>Loja</b>	Cooperación importante de gobiernos locales y proyectos externos	No se han conformado Consejos Cantonales de Salud
<b>Los Rios</b>	Ejercicio de rectoría del Ministerio de Salud Pública	No están conformados los Consejos Cantonales de Salud
<b>Manabi</b>	Conformación de pocos Consejos Cantonales de Salud	Inestabilidad de las autoridades de salud, ingerencias políticas en las actividades. No se nombra autoridades de acuerdo a perfiles técnicos
<b>Napo</b>	Conformación de Consejos Cantonales y estabilidad de autoridades	Entregas inoportunas de fondos
<b>Pastaza</b>	Apoyo de proyecto externo	No se han conformado Consejos Cantonales de Salud
<b>Pichincha</b>	Construcción de planes cantonales de salud	Poca participación social, pocos recursos humanos para cumplir el POA
<b>Sucumbios</b>	Coordinación con niveles locales para coordinación en salud	Intereses políticos y poco apoyo del gobierno
<b>Tungurahua</b>	Buenas relaciones de trabajo, predisposición para la conformación de Consejos Cantonales	Poca participación social
<b>Zamora Chinchipe</b>	Optimismo en la conformación de Consejos Cantonales	Autoridades inestables

## Tema 6: Financiamiento y acceso universal a la salud

### 3.7.1 Aspectos de la asignación

¿La asignación presupuestaria para la salud se entrega de manera oportuna?	TOTAL	%
NO	127	96%
SI	5	4%
TOTAL GENERAL	132	100%

¿La asignación presupuestaria para la salud es suficiente?	TOTAL	%
NO	130	95%
SI	7	5%
TOTAL GENERAL	137	100%

¿Los servicios de salud reciben de manera regular la transferencia de los fondos de la Ley de Maternidad Gratuita?	TOTAL	%
NO	96	71%
SI	39	29%
TOTAL GENERAL	135	100%

¿Existe coordinación local para el mejor aprovechamiento de los recursos existentes?	TOTAL	%
NO	76	55%
SI	61	45%
TOTAL GENERAL	137	100%

### 3.7.2 Veeduría social

¿Funciona el Comité de Gestión de los Fondos Solidarios de la Ley de Maternidad Gratuita?	TOTAL	%
NO	102	74%
SI	35	26%
TOTAL GENERAL	137	100%

### 3.7.3 Aseguramiento universal

¿Existe alguna propuesta de aseguramiento público en salud, sin pago directo, en el marco de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud?	TOTAL	%
NO	116	85%
SI	21	15%
TOTAL GENERAL	137	100%



### 3.7.4 Análisis cualitativo de aspectos positivos y negativos relacionados con el financiamiento y acceso universal a la salud

Provincia	Aspectos positivos	Aspectos negativos
Azuay	Existencia de presupuesto	Presupuesto escaso, e inoportuno
Bolivar	Aceptable coordinación, y asignaciones presupuestaria	Asignaciones inoportunas e insuficientes
Cañar	Distribución de recursos, existencia de Maternidad Gratuita	Presupuesto escaso e inoportuno, no funciona el comité de gestión de fondos
Carchi	Cobertura del 200% en prenatal, PAI y AIEPI	No existe Comité de Fondos Solidarios, asignaciones insuficientes e inoportunas
Cotopaxi	Recursos económicos	Presupuesto insuficiente
Chimborazo	Cumplimiento de Maternidad Gratuita. Las asignaciones llegan oportunamente	Retraso en las transferencias, poca cooperación y coordinación institucional
El Oro	Gran cantidad de beneficiarios de la LMGYAI	Asignaciones inoportunas
Esmeraldas		Retraso en el envío, de los fondos de Maternidad Gratuita
Guayas	Se cuenta con presupuesto	Asignaciones inoportunas e insuficientes
Imbabura	Maternidad Gratuita y estudios de factibilidad financiera para transferencias de competencias en Ibarra	Incumplimiento de compromisos por conveniencias institucionales o personales
Loja	Existencia de la Ley	No se recibe oportunamente los recursos, no hay comités de fondos solidarios
Los Rios	Financiamiento para las actividades de LMGYAI	Los fondos no llegan de manera oportuna, transferencias irregulares e insuficientes
Manabi	N/R	N/R
Napo	Propuestas de aseguramiento en salud	Asignaciones inoportunas e insuficientes
Pastaza	Asignaciones financieras	No se aumenta el presupuesto en relación a las necesidades locales
Pichincha	Existencia de recursos	Los presupuestos no están de acuerdo a necesidades de población
Sucumbios	Se encuentran en conformación el Comité de Gestión de Fondos Solidarios	Falta de coordinación en la entrega de recursos, no se cumple la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
Tungurahua	Transferencia regular de los fondos	Transferencias insuficientes, no existen propuestas de aseguramiento en salud
Zamora Chinchipe	Existencia de recursos humanos y económicos	Las jefaturas de área no cuentan con presupuesto propio

## 4. Conclusiones y recomendaciones

La primera consideración tiene que ver con la importancia de establecer una línea de base de la aplicación de la política requerida para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud. A más de la validez y confiabilidad de la información que se ha levantado en este estudio, sin duda cuenta el apoyo

del Consejo Nacional de Salud para el establecimiento de una cultura de sistematización desde lo local que permita a las diferentes instancias del Sistema contar con herramientas para su gestión orientada a fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

La principal conclusión del presente reporte es la existencia de una gran brecha de la gestión de la información al nivel provincial y cantonal; en tanto que los indicadores de eventos vitales y morbilidad recaudados en estos niveles cuando se los confronta con sus similares del sistema común de información del MSP 2006 y otros, muestran disparidades cuantitativas.

Las mayores divergencias en el reporte de datos provienen de los cantones de las provincias de Guayas y Pichincha; lo que hace necesario fortalecer la coordinación interinstitucional para mantener un sistema de información actualizado de eventos vitales y morbilidad que sirvan como insumo fundamental para el ejercicio de la planificación de estas instancias a nivel local.

Sin embargo de ello, es importante la aproximación cuali-cuantitativa a los lineamientos de política de los temas que fueron compromisos de la Agenda Política 2004-2006 y que debían ser monitoreados como elementos para plantear los temas del III Congreso por la Salud y la Vida.

En el tema del alcance de los **Objetivos de Desarrollo del Milenio: Equidad y Derecho a la Salud**, es pertinente indicar que a pesar de no poder establecer con claridad tendencias de los indicadores de la mortalidad de la niñez y de menores de 5 años, ya que no se cuenta con tasas ajustadas; la notificación de números absolutos de defunciones sugiere un incremento de muertes neonatales y un decremento de la notificación de la mortalidad postneonatal y de la niñez.

Es importante la consideración de las principales acciones realizadas para afrontar el tema, en donde la promoción de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, la aplicación del enfoque de riesgo para el desarrollo de intervenciones eficaces con participación de la comunidad a través de acciones educativas y de información, y la coordinación institucional para ampliar coberturas de control constituyen estrategias mencionadas en el estudio, que tendrán impacto favorable sobre la reducción de la mortalidad infantil.

El ejercicio de los **Derechos Sexuales y Reproductivos** muestra determinadas limitaciones relacionadas con los niveles de conocimiento y aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita; se destaca el cumplimiento de la gratuidad de la Ley de Maternidad en el 55% de la muestra, la irregular e insuficiente asignación de recursos económicos; la emergencia de la violencia intrafamiliar y el embarazo adolescente como temas de peso en la agenda de salud pública del país y la limitación de las estructuras cantonales a la hora de ofrecer respuestas intersectoriales para enfrentar estos temas.

En el tema de la veeduría social de la muerte materna se reporta un total de 169 eventos en el bienio 2004-2005 que al momento de ser analizados por primera demora, representan como media un 45.5% de la mortalidad materna total. El análisis de mortalidad por segunda demora muestra una notificación creciente y como media del bienio representa un 8.7% de la mortalidad materna total.

Las cifras de mortalidad materna por primera demora ratifican la necesidad de un trabajo promocional y preventivo intenso desde diferentes vertientes liderados por el Ministerio de Salud, que se oriente a reducir la mortalidad materna vía inclusión de la población en el fortalecimiento y difusión de la información objetiva sobre la Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y sus riesgos.

Sobre el acceso a la atención de parto, se podría colegir una tendencia decreciente de la atención profesional del parto, particularmente en la Costa y en el Oriente, un impacto negativo sobre la MM.

La integralidad de la atención como característica del **modelo de atención** tiene una práctica importante de actividades de promoción en el 88% de los servicios de salud, así como la participación del personal de salud en visitas domiciliarias, que sugieren una efectiva integralidad del modelo, que sin embargo se perciben aún como insuficientes al relacionarlas con las actividades de prevención; al igual, que las actividades curativas frente a las demandas de la población. Respecto a la articulación entre niveles de atención, la referencia y contrarreferencia, solo se aplica en un 31% de servicios lo que es una limitación importante para la extensión de las coberturas de atención.

En el tema del **Acceso a Medicamentos** esenciales, el 73% de los prescriptores disponen y utilizan el cuadro básico de medicamentos. En lo relacionado con el expendio de medicamentos genéricos, si bien se reporta un 60% de establecimientos que lo hacen, la exhibición del listado de medicamentos así como el control del registro sanitario durante el expendio son muy bajos (15% de establecimientos) lo que repercute en el acceso de la población a los medicamentos.

En la **Rectoría y Descentralización del Sistema Nacional de Salud**, se evidencia la necesidad de fortalecer la funcionalidad del Sistema en el marco regulatorio de la Autoridad Sanitaria.

El reporte precisa que los Consejos de Salud existentes se han estructurado en un 55% de casos de acuerdo con las disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, con deficiencias importantes de la función de veeduría social de los procesos y de participación igualitaria en las instancias de poder local. En apenas un 10% de cantones de la muestra se han implementado planes locales de salud y en ausencia de Consejos de Salud se ha podido identificar en 28% de otras instancias de apoyo a este propósito.

Finalmente, el tema de **Financiamiento** es crucial al explicar el cumplimiento de la Agenda Política en Salud 2004-2006. Las limitaciones en la cuantía, oportunidad y regularidad de las asignaciones son comunes y frecuentes en los presupuestos locales que afectan directamente a los otros temas de la Agenda Política analizada, y son una gran preocupación para los sectores sociales en la medida de que incide claramente en el desarrollo humano.





**SE** **GUNDA**  
**FASE**

**CONCERTACIÓN CIUDADANA EN SALUD HACIA LA  
ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE**

**ECUADOR, FEBRERO - MARZO DE 2007**



### El proceso general de planificación

#### 1. Antecedentes

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) en su artículo 19, numeral 6, señala como una de las principales funciones del Consejo Nacional de Salud (CONASA) la de **“Convocar y organizar periódicamente eventos de amplia consulta nacional sobre los temas relevantes para la salud del país”**.

Con la finalidad de fomentar e impulsar la participación social en salud se han realizado dos Congresos por la Salud y la Vida. El primero, en la ciudad de Quito en mayo del 2002, con la participación de 500 delegados; los resultados fueron la propuesta de Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y la concertación de la Política Nacional de Salud.

El II Congreso por la Salud y la Vida, se realizó en Guayaquil en septiembre de 2004, con la participación de 850 delegados. Previo al II Congreso se efectuaron, entre julio y agosto del mismo año, 11 talleres con la presencia de 1.250 personas de las 22 provincias del Ecuador.

Producto del II Congreso fue la definición de la Agenda Política en Salud 2004-2006, cuyo seguimiento fue uno de los mandatos de este Congreso, para lo cual el Consejo Nacional de Salud organizó, entre septiembre y diciembre del 2006, la **primera fase** del III Congreso por la Salud y la Vida, partiendo de la realización de tres talleres nacionales al que asistieron los Directores Provinciales, representantes de las Direcciones Provinciales de Salud, de los Prefectos y representantes de las Prefecturas Provinciales; y de Representantes de Juntas Parroquiales de todo el territorio nacional en las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca.

En estos talleres se establecieron los responsables de las Direcciones de Salud y de las Prefecturas para la ejecución de los talleres de seguimiento en cada una de las provincias.

Así, se realizaron talleres en 21 provincias del país en donde los representantes institucionales y de la sociedad civil analizaron el cumplimiento de los acuerdos establecidos en la Agenda Política del II Congreso por la Salud y la Vida, cuyo informe fue puesto en consideración del Directorio del Consejo Nacional de Salud en su reunión ordinaria del 21 de Diciembre del 2006.

**La segunda fase** del III Congreso, se efectuó durante los meses de febrero y marzo del 2007, tuvo como estrategia la realización de 22 talleres provinciales, en los cuales la sociedad civil y las instituciones del sector analizaron, discutieron y propusieron las principales reformas constitucionales que fueron presentadas para su consolidación en el **III Congreso por la Salud y la Vida: Concertación ciudadana en salud hacia la Asamblea Constituyente**, en la ciudad de Cuenca, entre el 9 y 11 de Abril del 2007.



Esta propuesta nacional, que nace desde lo parroquial, cantonal y provincial; plantea, desde el reconocimiento de los avances del marco legal y normativo vigente, las reformas del sector necesarias para garantizar el derecho a la salud de los y las ecuatorianas en la **Asamblea Nacional Constituyente**.

La organización de este evento estuvo a cargo del Consejo Nacional de Salud (CONASA) en estrecha coordinación con el Ministerio de Salud y de la Comisión Nacional Organizadora, liderada por la Señora Ministra de Salud, Dra. Caroline Chang Campos.

## 2. Objetivos de la segunda fase del III Congreso Nacional por la Salud y la Vida

### 2.1 Objetivo general

Generar espacios de amplia participación ciudadana para la discusión, análisis y elaboración de una propuesta concertada sobre ejes temáticos prioritarios en salud para ponerlas en consideración de la próxima Asamblea Constituyente.

### 2.2 Objetivos específicos

- Rendir cuentas sobre el avance en el cumplimiento de los compromisos asumidos en la Agenda Política del II Congreso por la Salud y la Vida.
- Promover y fortalecer la participación social para la identificación de los principales lineamientos de política y acciones que respondan a las necesidades locales y nacionales en salud.
- Elaborar la propuesta de reforma de los ejes temáticos prioritarios en salud, analizados y discutidos en los talleres provinciales y en el III Congreso por la Salud y la Vida, para ponerlos en consideración en la Asamblea Constituyente.

## 3. Actividades

- Desarrollar 22 talleres provinciales previos, para conocimiento y análisis de los temas a ser tratados, en el III Congreso por la Salud y la Vida.
- Realizar el III Congreso por la Salud y la Vida en la ciudad de Cuenca, del 9 al 11 de abril de 2007; garantizando una amplia participación paritaria de la sociedad civil y de las instituciones del Estado.

## 4. Niveles organizativos del III Congreso por la Salud y la Vida

- Comisión Organizadora Nacional.
- Comité Técnico Nacional.
- Comisión Provincial (uno por provincia).
- Comisión de la ciudad sede (Cuenca-Azuay).

**4.1 La Comisión Organizadora Nacional**, presidida por la Señora Ministra de Salud, Dra. Caroline Chang Campos e integrada por los miembros del Directorio del Consejo Nacional de Salud; y, los Representantes de la OPS/OMS, del UNFPA y del UNICEF. Son funciones de la Comisión:

- Definir y aprobar, con el apoyo del Comité Técnico Nacional la temática, la metodología y la organización de los talleres previos y del Congreso mismo.
- Definir el financiamiento y sus fuentes.

**4.2 El Comité Técnico Nacional**; de carácter técnico-operativo, tiene como objetivo apoyar a la Comisión Organizadora Nacional.

Está presidido por el Director Ejecutivo del Consejo Nacional de Salud, Dr. Jorge Albán Villacís e integrada por la Directora General de Salud, el delegado de la OPS/OMS, del UNFPA y de UNICEF, el Presidente de la Comisión de Organización y Participación Social del CONASA; y, el Coordinador de la Comisión Organizadora de la ciudad sede.

En la parte técnica-operativa el Comité conformará el Equipo de Facilitación Nacional que estará integrado por los Coordinadores Técnicos del CONASA; y, por delegados institucionales del MSP, CONCOPE, AME, PSIE, PASE, UNICEF, OPS/OMS y UNFPA.

El Equipo de Facilitación Nacional tiene la responsabilidad de apoyar a las Comisiones Provinciales y a la Comisión Organizadora de la ciudad sede, en la organización y ejecución de los talleres provinciales previos y del III Congreso por la Salud y la Vida; sus funciones son:

- Definir los lineamientos operativos de los talleres previos al Congreso y del III Congreso por la Salud y la Vida.
- Preparar los documentos técnicos y definir la metodología para analizar ejes temáticos prioritarios del III Congreso por la Salud y la Vida, para ser puestos a consideración de la Comisión Organizadora Nacional.

- Definir y someter a consideración de la Comisión Organizadora Nacional los criterios, en concordancia con lo establecido en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, para seleccionar los delegados al III Congreso por la Salud y la Vida.
- Organizar la Agenda de trabajo de los talleres previos al Congreso y del Congreso mismo.
- Apoyar, monitorear y dar seguimiento a la ejecución de los talleres previos al III Congreso por la Salud y la Vida. Sistematizar los resultados de los talleres previos al III Congreso.
- Evaluar e informar del desarrollo de los talleres previos al Congreso y proponer ajustes para los siguientes talleres, según cronograma establecido para el efecto.
- Elaborar con el apoyo de los técnicos provinciales, un informe del correspondiente taller en base a un formato y matriz establecidos.
- Otras actividades definidas por la Comisión Organizadora Nacional que sean necesarias para la ejecución plena de los eventos en mención.

**4.3 Comisión provincial de organización de los talleres previos al III Congreso por la Salud y la Vida**, tiene como finalidad organizar y ejecutar el taller en su provincia. Sus funciones específicas son:

- Difundir los resultados de la implementación de la Agenda Política del II Congreso por la Salud y la Vida.
- Conocer y difundir los temas del III Congreso por la Salud y la Vida.
- Seleccionar los participantes a los talleres pre-Congreso, en base a criterios establecidos por de la Comisión Organizadora Nacional.
- Definir y garantizar la logística del evento.
- Ejecutar el taller.
- Informar sobre la ejecución de los talleres.

En el caso de las provincias que han conformado el Consejo Provincial de Salud, este asumirá las funciones de la Comisión organizadora.

En las provincias donde no se ha conformado el Consejo Provincial de Salud, el liderazgo de la Comisión estará bajo la responsabilidad del Prefecto, del Director Provincial de Salud y de los representantes de las instituciones que conforman el Sistema respetando siempre el criterio de paridad en la participación de la sociedad civil y de las instituciones del sector.

**4.4 Comisión de la ciudad sede Cuenca, Provincia del Azuay**, presidida por el Alcalde de Cuenca, estará integrada por el Director Provincial de Salud del Azuay y los miembros del Consejo Cantonal de Salud de Cuenca. Sus funciones son:

- Apoyar en logístico al III Congreso por la Salud y la Vida: identificación del local para el evento, garantizar la movilización interna de los delegados, la disponibilidad de hoteles, de equipos de computación, de impresión, de amplificación, entre otros.

- Conformar una subcomisión de protocolo y relaciones institucionales.
- Garantizar el apoyo de un equipo de recursos humanos a tiempo completo para la preparación y ejecución del evento.

## 5. Ejes temáticos de los talleres previos y del III Congreso por la Salud y la Vida

### El Derecho ciudadano a la información en salud

- Avances en la implementación de la Agenda Política en Salud del II Congreso por la Salud y la Vida: conclusiones provinciales y nacionales

### El Derecho a una atención digna y de calidad

- El Sistema Nacional de Salud y la extensión de la protección social<sup>1</sup> en

<sup>1</sup> Derecho inclusivo. Atención apropiada y oportuna más todos los factores que constituyen la base de la salud (acceso a agua potable, sanidad, salud ocupacional y condiciones ambientales). La Protección Social se refiere a "la garantía de parte de los poderes públicos que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas sociales, obteniendo acceso a los servicios (sociales y en este caso de salud) en forma oportuna y de una manera adecuada a través de alguno(s) de los subsistemas existentes".

La Protección Social es un concepto que no puede concebirse fuera del contexto de los derechos humanos, en la medida en que todos los Estados lo han incorporado en sus Constituciones y en los tratados internacionales sobre la materia.

La Protección Social en Salud se entenderá como la garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos puedan obtener servicios de salud de una manera adecuada a través de alguno o algunos de los subsistemas de salud existentes en el país. La expresión de la falta de garantías para que un individuo no puede acceder a condiciones de vida que le permitan, al mismo tiempo, satisfacer sus necesidades esenciales (alimentación, educación, salud...) y participar en el desarrollo de la sociedad en que vive se conoce como exclusión.

La exclusión de la protección social en salud se entiende como la imposibilidad de que un individuo obtenga acceso por medio de uno o varios subsistemas o servicios de salud en una forma adecuada. La exclusión en salud se la aborda conceptualmente desde las dimensiones de la cobertura, de la accesibilidad y de la estructura y procesos del Sistema o de los subsistemas para ofrecer la garantía prevista.



salud<sup>2</sup> en el Ecuador. Los modelos de atención y gestión para la extensión de la protección social en salud. El financiamiento en salud.

### Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

- Acciones en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

### El Derecho a un trabajo digno y bien remunerado en función de una atención de calidad y calidez

- La Carrera Sanitaria

## 6. Metodología

Para garantizar el éxito de la convocatoria en cada una de las provincias se realizó una reunión para **definir la metodología, metódica y el cronograma de los talleres previos y del III Congreso por la Salud y la Vida**, con la presencia de los Directores Provinciales de Salud y Prefectos del país.

Durante el mes de marzo del 2007, se ejecutaron 22 talleres provinciales, organizados e implementados por cada Comisión Provincial, bajo los lineamientos del Comité Técnico Nacional, con el apoyo del Equipo de Facilitación Nacional.

## 7. Agenda de los talleres previos al III Congreso por la Salud y la Vida

### Exposiciones

- El Derecho ciudadano a la información en salud: Avances en la implementación de la Agenda Política 2004-006 del II Congreso por la Salud y la Vida.
- Avances en la construcción del Sistema Nacional de Salud.

### Mesas de trabajo

**Los ejes temáticos serán agrupados según su relación en mesas de trabajo**, en cada una de las cuales se plantea hacer una revisión, discusión y aportes sobre la base de los documentos y guía de análisis entregados.

#### Mesa 1: El Derecho a una atención digna y de calidad

El Sistema Nacional de Salud y la extensión de la protección social en salud en el Ecuador:

- **El marco legal y normativo:** la sección IV dedicada a la salud de la Constitución, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, la Ley Orgánica de Salud, la Ley de Maternidad Gratuita, entre otras.

2 Salud como derecho social y bien público, donde el Estado se convierte en el garante de su disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad.

- **La función de rectoría del Ministerio de Salud en el marco del fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud:** conducción, regulación, modulación del financiamiento, garantía del aseguramiento; y, armonización de la provisión de servicios.

#### Mesa 2: El Derecho a una atención digna y de calidad

- **Los modelos de atención** y la estructuración de redes para la extensión de la protección social en salud: la integralidad, la integración entre niveles, la intersectorialidad, la interculturalidad, la diversidad; y, la equidad en el acceso a servicios de salud.
- **Los modelos de gestión** para la extensión de la protección social en salud: gestión nacional y local y fortalecimiento de los Consejos de Salud.

#### Mesa 3: El Derecho a una atención digna y de calidad

- **Financiamiento en salud**<sup>3</sup>: fuentes, optimización de recursos, veeduría social y rendición de cuentas y garantía del aseguramiento.

#### Mesa 4: Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

- **Veeduría y participación social**<sup>4</sup>: Agenda del Comité de Usuarías y usuarios de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.
- Cuidados obstétricos y neonatales.

#### Mesa 5: El Derecho a un trabajo digno y bien remunerado en función de una atención de calidad y calidez

La Carrera Sanitaria para la Fuerza de Trabajo en Salud del Ecuador.

3 Presupuesto en salud que permita cumplir con los objetivos de la Política Sanitaria.

4 La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejercicio y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

- Marco constitucional y legal, armonización del sector salud desde la perspectiva del ciudadano-usuario, de la fuerza de trabajo en salud y las instituciones. Las posiciones de los actores.
- Recertificación de profesiones médicas.

### **Metodología**

Discusión en plenaria de las propuestas realizadas por cada mesa de trabajo.

Selección de los representantes provinciales al III Congreso según número previamente definido.

Sistematización de la información producida en cada taller, bajo la responsabilidad del Equipo de Facilitación Nacional.



# CONCERTACIÓN CIUDADANA EN SALUD

HACIA LA ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE

## Guía de facilitación para el análisis y discusión de los ejes temáticos

### Tema: El Derecho a una atención digna y de calidad

#### Mesa 1

#### El Sistema Nacional de Salud y la Extensión de la Protección Social en el Ecuador

- El marco legal y normativo; la sección IV dedicada a la salud en la Constitución, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud
- Dimensiones de la función de rectoría para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud

#### Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud y Rectoría del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

##### a) Marco Constitucional, político y legal

La Constitución de 1998 en la sección 4 De la Salud, establece los siguientes artículos:

**Art. 42.- Derecho, promoción y protección.** El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección por medio 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 servicios de salud, conforme los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

**Art. 43.- Programas de salud pública y garantías.** Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se

negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados. El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social.

#### Art. 44.- Política nacional de salud.

El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación, controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos.

#### Art. 45.- Sistema Nacional de Salud.

El estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.

**Art. 46.- Financiamiento del sistema nacional de salud.** 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 y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley. **La asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central.** No habrá reducciones presupuestarias en esta materia.

La Constitución Política establece como obligaciones del Estado, la Promoción de la salud, la construcción de un Sistema Nacional de Salud y el financiamiento para el sector; posibilita además el ejercicio de la Rectoría por parte del Estado; cuando se refiere al Estado, se refiere al Ministerio de Salud Pública; cómo se ha traducido este encargo y responsabilidad constitucional en los diferentes niveles de gestión de la Autoridad Sanitaria y ¿cómo puede establecerse mejores condiciones de orden político, jurídico, administrativo o técnico, para cumplirlo?

### Marco Legal y Político

- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y Reglamento de la Ley
- Ley Orgánica de Salud (Reformativa al Código de la Salud)
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
- Ley de Derechos y Amparo al paciente
- Ley de medicamentos genéricos y Política Nacional de Medicamentos
- Política Nacional de Salud
- Política de Derechos Sexuales y Reproductivos

### b) Rectoría del Ministerio de Salud Pública

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, establece: Art. 10.- **Función de Coordinación (Rectoría).**- 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. Las dimensiones de la Rectoría son:

Dimensiones	Atribuciones
Conducción sectorial	Capacidad de <b>orientar a las instituciones del sector</b> y movilizar instituciones y grupos sociales <b>en apoyo de la Política Nacional de Salud</b>
Regulación	Diseño del <b>marco normativo sanitario que protege y promueve la salud al igual que la garantía de su cumplimiento</b>
Modulación del financiamiento	Competencia de <b>garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo</b> de la población a los servicios de salud
Garantía del Aseguramiento	Garantizar el <b>acceso a un conjunto garantizado de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes</b> , o planes específicos para grupos especiales de la población
Armonización de la provisión	Capacidad para promover la <b>complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atenciones de salud</b> equitativa y eficientemente

Gráfico N°1\*

### Dimensiones rectoría Autoridad Sanitaria

#### RESPONSABILIDADES COMPARTIDAS



#### Funciones Esenciales de Salud Pública

#### RESPONSABILIDADES EXCLUSIVAS

\*Adaptación de Levcovitz, E. "Estructura de la dimensión de Conducción como uno de los Ejes Fundamentales de la función Rectora de la Autoridad Sanitaria". Taller de capacitación: Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional para la Subregión de Centroamérica, República Dominicana y Puerto Rico. El Salvador 2-4 marzo del 2005.



Siendo éstas las atribuciones de la Autoridad Sanitaria para el ejercicio de la Rectoría, (para el caso ecuatoriano según establece la Ley, la Coordinación), cuáles de las dimensiones indicadas han permitido avances para el Sistema Nacional y ¿qué estrategias deberían abordarse para garantizar un mejor cumplimiento de la Rectoría? Frente al marco constitucional, legal y político expuesto, el cumplimiento de las “responsabilidades exclusivas” para el ejercicio de la Rectoría por parte de la Autoridad Sanitaria son posibles, es decir, el marco jurídico no limita; para el cumplimiento de las responsabilidades “compartidas”, ¿puede ser esto posible? ¿Qué requerimientos deberían existir para que sea posible o deberían ser todas las atribuciones responsabilidad exclusiva del MSP?

## **Dimensiones de la función de rectoría para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud**

### **2.1 Conducción sectorial**

#### 2.1.1 Análisis de la situación de salud

- ¿Las fuentes de información en salud son fácilmente identificables y accesibles en el Sistema Nacional de Salud?
- ¿Qué políticas/acciones/estrategias se deberían implementar para garantizar una disponibilidad adecuada de información en salud fácilmente identificable y accesible en el Sistema Nacional de Salud?
- ¿La autoridad sanitaria nacional efectúa evaluaciones periódicas de los sistemas de información y de las necesidades de información estratégica y facilita su disponibilidad?
- ¿La autoridad sanitaria nacional garantiza la disponibilidad de indicadores de morbilidad para el nivel nacional, provincial y cantonal?
- La autoridad sanitaria nacional garantiza la disponibilidad de información actualizada sobre:
  - ¿Acceso a servicios de salud por grupo socioeconómico, división geográfica, etnia y género?
  - ¿Hábitos de vida y riesgos para la salud?
  - ¿Riesgos ambientales?
- ¿La autoridad sanitaria nacional cuenta con mecanismos de coordinación efectivos para el intercambio de información entre el nivel nacional y los niveles subnacionales?
- ¿Qué políticas/acciones/estrategias se debería implementar en el MSP para facilita una coordinación efectiva para el intercambio de información entre el nivel nacional y los niveles subnacionales?
- ¿La autoridad sanitaria nacional cuenta con mecanismos para garantizar la calidad de información en los niveles nacional y subnacionales?

Discuta y analice el rol de rectoría que el MSP ha desempeñado en el ejercicio de las siguientes actividades conducentes a la construcción del sistema nacional de salud en el Ecuador, identificando los factores que han limitado/obstaculizado el cumplimiento de este rol.

#### 2.1.2 Definición de prioridades y objetivos sanitarios

- Identificación de brechas entre oferta y demanda de servicios
- Definición de objetivos nacionales de salud
- Concordancia de las prioridades nacionales en salud con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)
- Responsabilidad en la conducción y financiamiento de actividades para la identificación de prioridades nacionales en salud

#### 2.1.3 Formulación, diseminación, monitoreo y evaluación de políticas, planes y programas de salud

#### 2.1.4 Dirección, concertación, movilización de actores y recursos del sector

- Movilización de recursos para apoyo a la construcción del SNS
- Coordinación con la Academia, gremios e instituciones científicas para apoyar el desarrollo y construcción del SNS

#### 2.1.5 Promoción de la salud y participación social en salud

- Diseño y promoción de políticas de Salud Pública
- Fomento de la participación activa de la sociedad civil en la identificación de problemas y diseño de intervenciones en salud
- Apoyo al desarrollo y fortalecimiento de niveles subnacionales en la promoción de la participación social para la toma de decisiones en salud
- Fomento de coordinación intersectorial para la promoción de la participación social efectiva en salud

#### 2.1.6 Armonización de la Cooperación Técnica Internacional en Salud

- Capacidad de negociación con donantes y cooperantes internacionales
- Desarrollo de proyectos para conseguir apoyos financieros y técnicos de la cooperación internacional
- Monitoreo y evaluación de las contrapartes en proyectos de cooperación internacional
- Participación técnica y política en organismos internacionales y subregionales

### 2.1.7 Evaluación del desempeño del sistema de salud

- Medición del logro de metas en salud
- Medición de los recursos y estimación de la eficiencia del sistema de salud
- Retroalimentación del desempeño del sistema de salud

## 2.2 Regulación sectorial

### 2.2.1 Marco institucional y respaldo legal para el ejercicio de la función rectora

- Desarrollo y perfeccionamiento del marco legal
- Efectividad del marco legal para el ejercicio de la rectoría
- Capacidad institucional para ejercer la función regulatoria

### 2.2.2 Fiscalización y control para hacer cumplir las regulaciones

- Regulación y control de insumos médicos y tecnología sanitaria
- Regulación y control de bienes y servicios
- Regulación y control sanitario del medio ambiente
- Regulación, certificación y recertificación de recursos humanos en salud

Una vez realizado el análisis, proponga alternativas concretas que le permitirían al Ministerio de Salud Pública un mejor ejercicio de la rectoría en cada una de las actividades analizadas para apoyar la construcción del Sistema Nacional de Salud en los próximos dos años.

## 2.3 Vigilancia del Aseguramiento

Discuta y analice el rol de rectoría que el Ministerio de Salud Pública ha desempeñado en el ejercicio de las siguientes actividades de vigilancia del aseguramiento conducentes a la construcción del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador identificando los factores que han limitado/obstaculizado el cumplimiento de este rol.

- Definición del conjunto garantizado de prestaciones
- Definición de poblaciones de cobertura
- Regulación y control del cumplimiento público y privado de los planes de aseguramiento

Una vez realizado el análisis, proponga alternativas concretas que le permitirían al Ministerio de Salud Pública un mejor ejercicio de la rectoría en cada una de las actividades analizadas en el tema de la vigilancia del aseguramiento universal para apoyar la construcción del Sistema Nacional de Salud en los próximos dos años.

## 2.4 Armonización de la provisión de los servicios de salud

Discuta y analice el rol de rectoría que el Ministerio de Salud Pública ha desempeñado en el ejercicio de las siguientes

actividades de armonización de la provisión de los servicios de salud conducentes a la construcción del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador identificando los factores que han limitado/obstaculizado el cumplimiento de este rol.

- Capacidad para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atención de manera eficiente y equitativa
- Planificación de servicios con criterio regional o funcional
- Desarrollo de mecanismos regulatorios para la protección de la población con garantía de calidad (estándares) para la prestación del conjunto garantizado de prestaciones
- Fomento de las coaliciones y oferta de incentivos para la autorregulación

Una vez realizado el análisis, proponga alternativas concretas que le permitirían al Ministerio de Salud Pública un mejor ejercicio de la rectoría en cada una de las actividades analizadas en el tema de la armonización de la provisión de servicios de salud para apoyar la construcción del Sistema Nacional de Salud en los próximos dos años.



## Tema: El Derecho a una atención digna y de calidad

### Mesa 2

#### Modelo de Atención y Gestión para la extensión de la Protección Social en Salud

##### a) Protección Social en Salud

La “Protección Social en Salud”, es la garantía que una sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, mediante el adecuado acceso a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo. Los grupos de la sociedad que no pueden hacer uso efectivo de esta garantía constituyen los excluidos en salud<sup>1</sup>.

Dentro del marco conceptual de la protección social y exclusión con referencia a la salud, las estrategias diseñadas para eliminar la exclusión social en salud son un conjunto de intervenciones públicas que se conocen como “Extensión de la Protección Social en Salud” (EPSS). En relación directa con los obstáculos que causan exclusión social hay cuatro condiciones identificadas que deben cumplirse para que la extensión de la protección social en salud pueda garantizarse realmente:

- 1. Acceso a servicios:** que los servicios sean física y económicamente accesibles a todos
- 2. Solidaridad financiera:** que existan subsidios cruzados intergeneracionales y entre diversos grupos económicos.
- 3. Seguridad financiera:** financiamiento de manera que la estabilidad económica de la familia no sea vea amenazada por la necesidad de pagar por servicios de salud
- 4. Calidad y diversidad cultural en el cuidado:** la atención con calidad debe ser siempre respetuosa de las características étnicas, sociales y culturales.

Estas cuatro condiciones son imprescindibles, la ausencia de una o más de ellas lleva a alguna forma de exclusión en la atención en salud.

La Protección social en salud en el Ecuador está relacionada con la Ley de Seguridad Social y con la **Ley del Sistema Nacional de Salud**. La Constitución Política establece en el artículo 57: “la protección del seguro general obligatorio se extenderá progresivamente a toda la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella” ¿Cuáles son los impedimentos para que esta obligatoriedad de la Constitución se cumpla?

1 Conferencia Sanitaria Panamericana. 54° Sesión del Comité Regional ampliación de la Protección social en Materia de Salud: Iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud la Oficina Internacional del Trabajo. CSP26/12-16 de julio del 2002.

Existen actualmente en el país diversas propuestas para la extensión de la cobertura mediante un seguro o sin él, tal es el caso del Seguro General Obligatorio otorgado por el IESS, el Aseguramiento Universal de Salud, implementado por el gobierno anterior con la ex SODEM, y las prestaciones de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, otorgadas por las unidades de salud el Ministerio de Salud Pública. ¿Cómo establecer una adecuada complementación entre éstas? ¿Se requiere de nuevos marcos jurídicos que lo permitan?

##### b) Modelo de Atención y Gestión

Se denomina “Modelo de Atención” al conjunto de rasgos fundamentales que caracterizan las acciones (intervenciones) por medio de las cuales los servicios que conforman el Sistema Nacional de Salud interactúan con la colectividad (individuos, familias, sociedad) al desarrollar su oferta de servicios de salud. Estas acciones se dan en el marco de dos tipos de interrelación: individual y colectiva, y comprenden intervenciones de promoción, prevención y recuperación de la salud.

Las características del Modelo de Atención Integral de Salud son:

- Desarrollo con base en la atención primaria y promoción de la salud
- Con enfoque familiar
- 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

Los sustentos jurídicos y antecedentes para el modelo son:

- Programa Salud Familiar y Comunitaria 1990-1992
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud
- Congreso de Medicina Familiar en Cuenca
- II Congreso por la Salud y la Vida
- Acuerdo Ministerial No. 553, con fecha 13 de Mayo del 2004, en el cual se establece:
  - **Art. 1.-** Aprobar y autorizar la publicación del Modelo de Atención Integral basado en la Atención Primaria de Salud, formulado por la Dirección General de Salud.

El Modelo de Atención Integral y el Modelo de Gestión en Salud están legalmente definidos y sustentados por sus respectivos acuerdos. Existen además, experiencias que demuestran su validez y aplicabilidad. Los procesos de licenciamiento de las unidades de salud han sido aplicados en la mayoría de unidades del país, con diversas metodologías y en diferentes momentos. Ha habido avances en este sentido.

¿Cuáles son entonces, los factores que han limitado su implementación? Son factores para ello la alta rotatividad de recursos humanos, la ausencia de ellos, la falta de voluntad política y escaso compromiso. Cuáles son los cambios necesarios para lograr una real implementación de un Modelo de Atención y Gestión.

## Los modelos de atención<sup>2</sup> y gestión y la estructuración de redes para la extensión de cobertura en salud

### 1. Características y extensión de la cobertura (universalidad)

¿Todos y todas los habitantes de la provincia, acceden a los servicios de salud?

¿Se ha logrado aumentar la atención de las personas en los servicios de salud?

¿La atención de los servicios de salud a las personas resuelve sus principales demandas/problemas en salud?

¿La atención de las personas en los servicios de salud hace énfasis en los elementos y componentes de la atención primaria de salud?

¿La atención de las personas en los servicios de salud hace énfasis en la promoción de la salud mediante procesos continuos y coordinados de atención a las personas y su entorno?

¿La atención de las personas en los servicios de salud se implementa con mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa?

¿La atención de las personas en los servicios de salud hace énfasis en el abordaje familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas?

<sup>2</sup> 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.

¿Cuáles deberían ser las principales líneas de acción, actividades, estrategias, cambios a implementar en los próximos dos años para la efectiva atención de las personas en los servicios de salud como definidos/prescritos en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud?

¿Cuáles deberían ser las metas, objetivos e indicadores de avance principales para conseguir en los próximos dos años la implementación efectiva de la atención de las personas en los servicios de salud gestión como definidos/prescritos en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud?

### Conjunto de prestaciones [(alopáticas y complementarias (alternativas y tradicionales)]

#### Integralidad, pluralidad

¿La atención en los servicios de salud garantiza un conjunto de prestaciones (servicios de atención médica, de laboratorio, otros) para la prevención, detección, diagnóstico, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas conforme al perfil epidemiológico (enfermedades que necesitan ser tratadas) en el nivel nacional, regional y local?

¿Qué políticas/acciones/estrategias se debería implementar para que los servicios de salud garanticen a la población un conjunto de prestaciones (servicios de atención médica, de laboratorio, otros) para la prevención, detección, diagnóstico, recuperación y rehabilitación de la salud conforme al perfil epidemiológico (enfermedades que necesitan ser tratadas) en el nivel nacional, regional y local?

¿Qué políticas/acciones/estrategias se debería implementar para que los servicios de salud garanticen a la población la entrega (gratuita o subsidiada) de los medicamentos e insumos necesarios para resolver los problemas de salud conforme al perfil epidemiológico (enfermedades que necesitan ser tratadas) en el nivel nacional, regional y local?



¿De qué manera la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud ha contribuido a garantizar un conjunto de prestaciones (servicios de atención médica, de laboratorio, otros de prevención, detección, diagnóstico, recuperación y rehabilitación de la salud) que incluya la provisión de los medicamentos e insumos necesarios para resolver los problemas de salud conforme al perfil epidemiológico nacional, regional y local?

¿Qué aspectos de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud deberían modificarse/mejorarse para garantizar a la población un conjunto de prestaciones (servicios de atención médica, de laboratorio, otros de prevención, detección, diagnóstico, recuperación y rehabilitación de la salud) que incluya la provisión de los medicamentos e insumos necesarios para resolver los problemas de salud conforme al perfil epidemiológico nacional, regional y local?

¿La atención de los servicios de salud incluye y/o garantizan acciones de prevención y control de los riesgos y daños a la salud colectiva, especialmente relacionados con el ambiente natural y social?

¿Qué políticas/acciones/estrategias se debería implementar para que los servicios de salud garanticen a la población acciones de prevención y control de los riesgos y daños a la salud colectiva, especialmente relacionados con el ambiente natural y social?

¿La atención de los servicios de salud incluyen y/o garantizan acciones de promoción de la salud, destinadas a mantener y desarrollar condiciones y estilos de vida saludables, individuales y colectivos y que son de índole intersectorial? ¿Qué políticas/acciones/estrategias se debería implementar para que los servicios de salud garanticen a la población acciones de promoción de la salud, destinadas a mantener y desarrollar condiciones y estilos de vida saludables, individuales y colectivos y que son de índole intersectorial?

¿Qué aspectos de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y otras leyes de salud deberían modificarse/mejorarse para garantizar acciones de promoción de la salud, destinadas a mantener y desarrollar condiciones y estilos de vida saludables, individuales y colectivas para la población?

### **1.5 Relación servicio población de captación**

¿Considera que la manera como se han organizado los servicios de salud a través de las áreas de salud ha mejorado su administración garantizando la formación/estructuración de redes locales de salud para ofrecer una atención de calidad a las personas, las familias, la comunidad y el ambiente como lo propone la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y otras leyes de salud?

### **1.6 Capacidad resolutive/relación con recursos para ejercer esa capacidad resolutive**

¿Cómo se deberían organizar los servicios de salud para garantizar el acceso de toda la población bajo su responsabilidad a una atención que resuelva sus problemas de salud personales y colectivos?

### **1.7 Integración intrasectorial de servicios e intersectorial**

¿Cómo se deberían organizar los servicios de salud para conseguir la integración intrasectorial de servicios e intersectorial que permita garantizar el acceso de toda la población bajo su responsabilidad a una atención que resuelva sus problemas de salud personales y colectivos?

### **1.8 Sistema de referencia y contra-referencia**

¿Cómo se deberían organizar entre los servicios de salud para garantizar el acceso efectivo de una persona de un servicio de menor capacidad resolutive a uno de mayor capacidad (por ejemplo de un subcentro a un centro de salud o a un hospital)?

### **1.9 Sistemas de control de calidad**

¿Cómo se deberían organizar los servicios de salud para implementar sistemas de control de calidad que les permita garantizar una atención que resuelva sus problemas de salud personales y colectivos como está prescrito/definido en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud?

### **1.10 Sistemas de información**

¿Cómo se deberían organizar los servicios de salud para garantizar la existencia de sistemas de información que les ayude a conocer la situación de salud, identificar los riesgos para la salud de las personas y el ambiente, estimar los recursos disponibles y la producción de los servicios y organizar una atención de calidad que responda a sus necesidades de salud como está prescrito/definido en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud?

## **2 Modelo de organización-gestión de servicios y redes para la extensión de la cobertura en salud<sup>3</sup>**

3 Art.6 (LOSNS).- 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.

## 2.1 Acceso a los medicamentos esenciales<sup>4</sup>

¿Cuál es la situación de acceso a los medicamentos esenciales de la población ecuatoriana de menores recursos?

¿Cuáles son las razones principales de que no exista un acceso equitativo a los medicamentos?

¿Qué políticas/acciones/estrategias se debería implementar para garantizar el acceso a los medicamentos esenciales de la población ecuatoriana de menores recursos?

¿Cuáles son los avances en el tema del acceso a los medicamentos esenciales de la población ecuatoriana tomando como referencia el II CSV?

¿Cuál es la situación de disponibilidad de medicamentos esenciales e insumos en el país?

¿Cuáles son las razones principales/explicaciones de la situación de disponibilidad de medicamentos esenciales e insumos en el país?

¿Qué políticas/acciones/estrategias se debería implementar para garantizar una disponibilidad adecuada de medicamentos esenciales e insumos en el país?

¿De qué manera el MSP ha promovido la producción nacional de medicamentos genéricos mediante la organización de instancias y procesos de provisión común, de acuerdo con el cuadro nacional de medicamentos básicos? ¿Qué políticas/acciones/estrategias debería implementar el MSP para garantizar la producción nacional de medicamentos genéricos mediante la organización de instancias y procesos de provisión común, de acuerdo con el cuadro nacional de medicamentos básicos?

¿De qué manera el MSP ha garantizado el uso de medicamentos genéricos (cuadro nacional de medicamentos básicos) en el Ecuador?

¿Qué políticas/acciones/estrategias debería implementar el MSP para asegurar el acceso a los medicamentos esenciales, sobre todo de la población de menores recursos?

¿Debe plantearse la entrega de medicamentos gratuitos a todos los usuarios de los servicios de salud del estado?

¿Qué elementos deben ser considerados para el desarrollo de sistemas de suministro de medicamentos con procedimientos desconcentrados y transparentes?

¿Por qué no se aplican a cabalidad las disposiciones del cuadro nacional de medicamentos aprobado por el CONASA?

¿Qué medidas deberían adoptarse para el cumplimiento obligatorio del uso de medicamentos genéricos por parte de las entidades públicas del sector salud, como manda la ley?

4 Art. 28 (LOSNS).-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.

¿Qué estrategias son indispensables para el desarrollo de un verdadero mercado de medicamentos genéricos a nivel nacional?

¿Cuáles serían los contenidos más importantes por destacar en una política nacional de medicamentos?

¿Qué alternativas se plantearían para que en el marco del sistema nacional de salud se asegure el acceso universal a los medicamentos esenciales?

## 2.2 Descentralización y participación social

¿Cómo se ha desarrollado el proceso de descentralización en la provincia?

¿A qué atribuye el poco interés de los cantones para solicitar la transferencia de competencias en salud?

¿Qué procesos deberían concretarse para estimular la descentralización en salud?

¿Qué procesos deberían concretarse para facilitar la transferencia de los recursos financieros en los casos en que ya se han firmado convenios de descentralización?

¿Cuáles son los cambios que se deberían introducir en la política nacional de descentralización?

¿Qué acciones permitirían el cumplimiento de la política nacional de descentralización y la aplicación efectiva de la función de rectoría en los gobiernos municipales descentralizados?

¿Qué competencias estarían en capacidad de asumir los gobiernos provinciales en el tema de la salud?

¿Cómo debería articularse los sistemas cantonal y provincial de salud con el sistema nacional de salud?

Proponga acciones o recomendaciones concretas que permitan un mejor desarrollo de los procesos de descentralización y participación social en la provincia conducentes a la construcción del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador en los próximos dos años



**Tema: El Derecho a una atención digna y de calidad**

**Mesa 3**

**El Financiamiento en Salud**

**La Constitución Política del Estado: “Artículo 46.-** 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 y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley.

La asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central. No habrá reducciones presupuestarias en esta materia”

**La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud: “Artículo 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.

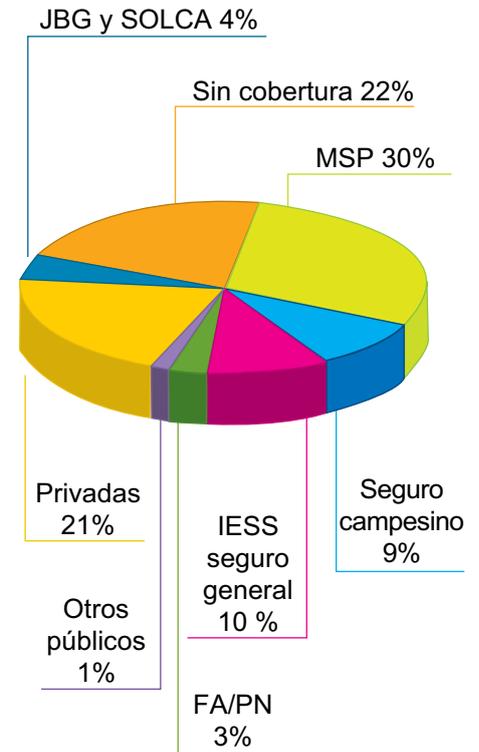
El Consejo Nacional de Salud establecerá mecanismos que permitan la asignación equitativa y solidaria de los recursos financieros entre grupos sociales, provincias y cantones del país, así como su uso eficiente”



El Sistema Nacional de Salud está integrado por 17 entidades que actúan en el sector de la salud o en campos directamente relacionados con ella.

En función de las coberturas, se estima que el Ministerio de Salud Pública cubre aproximadamente al 30% de la población, el Seguro Social el 10%, el Seguro Campesino el 9%, Fuerzas Armadas y Policía Nacional 3% y otros públicos el 1%.

**Coberturas estimadas de servicios del sector salud ECUADOR 1999\***



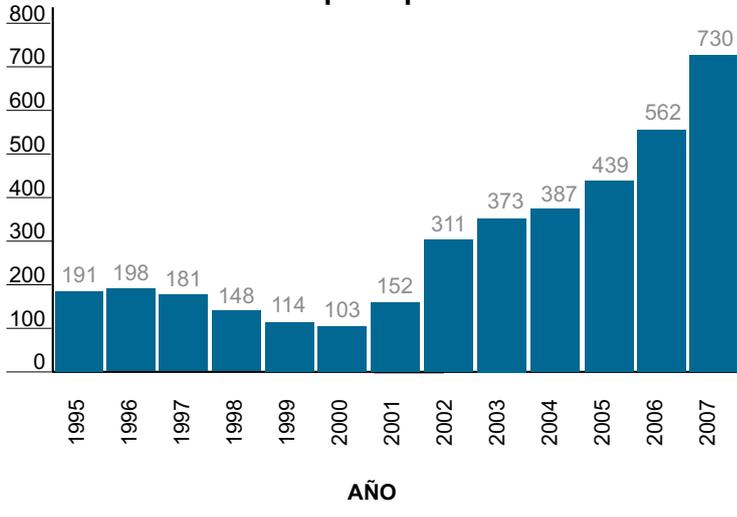
\*En la actualidad se estima que las coberturas de los servicios del sector salud son las siguientes: 50% Ministerio de Salud Pública, 25% IESS (incluido el Seguro Social Campesino) ISSFA e ISSPOL, 15% JBG, SOLCA e instituciones autónomas sin fines de lucro y 10% servicios privados con fines de lucro (4% prepago y 6% pago directo)

El sector privado tiene una cobertura del 21%, SOLCA y la Honorable Junta de Beneficencia de Guayaquil 4%; es decir, la población ecuatoriana sin ninguna cobertura es el 22%.

**¿Cuánto es suficiente en salud?**

Esta es una gran pregunta y quizá aún no tenemos todavía una respuesta, pero una buena aproximación teórica al gasto en salud, sería la referencia al promedio de gasto en salud con cobertura. El sector privado requiere de 1,76% de gasto por cada punto de cobertura, mientras el MSP tiene 0,83%.

### Evolución presupuesto MSP

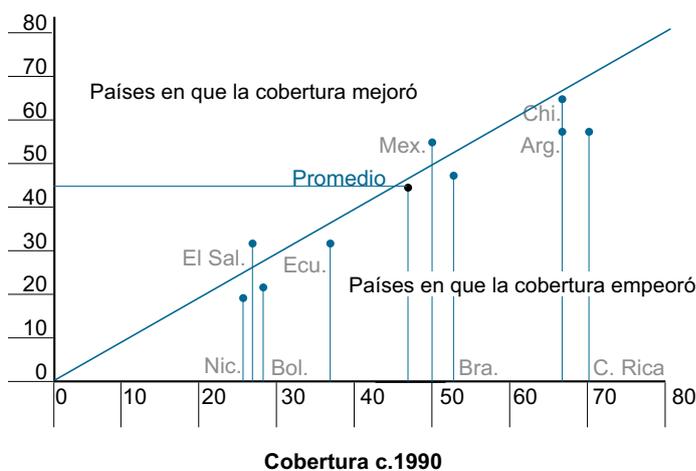


Por lo tanto, para tener suficientes recursos y dar cobertura a todos, requerimos al menos 28,5% del presupuesto del Estado (22% sin cobertura por 1.3% promedio). ¿Será entonces, que si se obtienen esos recursos lograremos el objetivo de cobertura total?<sup>5</sup> Se han hecho importantes esfuerzos presupuestarios para que el sector salud tenga cada vez más recursos; sin embargo de lo cual la cobertura no ha mejorado<sup>6</sup>.

A pesar de las reformas, la cobertura contributiva no aumentó desde 1990.

### América Latina: Cobertura en 1990 y 2002

(% de ocupados que cotiza)

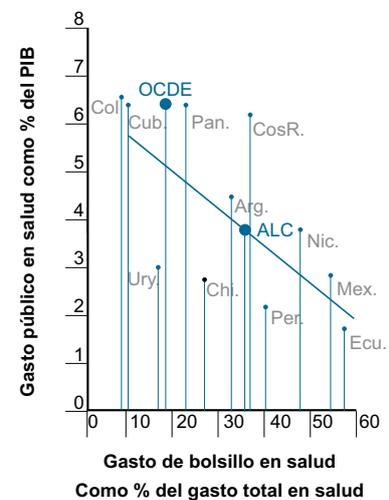


5 El cálculo resulta de dividir proporción de gasto para proporción de cobertura, la lectura es: Nivel de gasto requerido por cada punto de cobertura.

6 Andras Uthoff, Oficial a Cargo División de Desarrollo Social, CEPAL.

Otra pregunta debería ser ¿Cómo el Estado debe garantizar el presupuesto suficiente y oportuno para financiar la protección social en salud? ¿Cómo estamos frente a países similares, en relación con el gasto de bolsillo y el gasto público en salud?<sup>7</sup> Ecuador es de los que menos invierte en salud en relación al PIB y de los de mayores gastos de bolsillo para lo mismo.

### Inequidad: gasto de bolsillo en Salud\*



\* Cuadro adaptado

La Constitución manda que: “La asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central. No habrá reducciones presupuestarias en esta materia”.

### Los retos:

- Fortalecer el Sistema Nacional de Salud
- Que los recursos públicos suficientes y oportunos contribuyan a cerrar brechas permitiendo la extensión de la protección social en salud para todos.
- Que los recursos públicos suficientes y oportunos garanticen la adecuada dotación de recursos humanos para la extensión de la protección social en salud.

7 Andras Uthoff, Oficial a Cargo División de Desarrollo Social, CEPAL.





¿Cómo se podrían complementar las diversas fuentes de financiamiento por cada mecanismo?

#### Mecanismo: Acceso universal estatal

	1	2	3	4	5	6	7
Impuestos							
Contribuciones directas							
Contribuciones Indirectas							
Cooperación internacional							
Crédito interno (país)							
Crédito externo							
Aportes individuales							

#### Rol de las autoridades en el financiamiento

Enumere y detalle las políticas que podrían fomentar equidad en la distribución del financiamiento

Política	Explicación

¿Qué mecanismos pueden existir y como deben operar para vigilar el financiamiento al sector?

Mecanismo	Operación

Enumere y detalle las políticas que podrían contribuir al acceso equitativo entre asegurados

Política	Cómo apoyarían al acceso equitativo de asegurados

Enumere y detalle los criterios de asignación de recursos para seleccionar intervenciones y servicios

Criterio	Intervenciones - servicios

Enumere y detalle de las acciones necesarias para lograr sostenibilidad de los recursos financieros

Acciones	Explicación

¿Debe limitarse las prestaciones dentro de un servicio de salud?

Servicio intervención	¿Por qué?

Enumere los riesgos asociados a las intervenciones de los sistemas de seguro y las propuestas para reducirlos

Riesgo	Propuesta frente riesgos

¿Qué tipo de políticas, procedimientos y organismos deben existir para regular el sector asegurador de la salud?

Política, procedimiento organismo	Explicación

¿Cuáles podrían ser mecanismos para el pago a proveedores?

Determine los cambios visibles que se lograrían con los siguientes elementos

	Cambios visibles
Recursos financieros suficientes	
Insumos y tecnología adecuada	
Periodicidad del monitoreo	
Premios e incentivos a la producción	
Sector oportunamente remunerado	



¿Es adecuado un aseguramiento por coberturas, enfermedades y episodios por parte de los aseguradores?

	IESS	Seguros institucionales	Seguros privados	Otros
Coberturas (límite de gasto)				
Tipo de Enfermedades				
Episodios				

¿Cómo garantizar, la complementariedad de las diversas fuentes para asegurar acceso equitativo a la población a servicios de salud?

#### Garantía de provisión y uso de recursos

¿Cómo se podría garantizar el origen y el uso los recursos de la salud?

Política, procedimiento organismo	Explicación

#### Objetivos de la función de financiamiento (priorice) (1 alto 5 bajo)

Deben ser objetivos del SNS	1 – 5	¿Por qué?
Gasto Total en Salud per Cápita		
Gasto Público en Salud		
Reducir el gasto de bolsillo en salud.		
% del presupuesto del estado para la salud		
% del PIB para la salud		

#### Sostenibilidad

¿Han contribuido las experiencias locales de Reforma en Salud a aumentar la capacidad de gestionar y negociar financiamiento externo e interno?

SI

NO

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Cómo hacer sostenible la provisión y uso de recursos de?

Fuente	Provisión	Uso eficiente
Ministerio de Salud		
Seguridad Social		
CONASA		
Préstamos multilaterales		
Gobiernos locales		
Universidades		
Aseguradores públicos		
Aseguradores privados		
Proveedores particulares		
Otros		

## Tema: Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

### Mesa 4

**Las mujeres, los y las adolescentes y las personas de la diversidad sexual en el III Congreso por la Salud y la Vida, para defender nuestros derechos, en la asamblea constituyente y en las políticas de salud<sup>8</sup>**

### Derecho a la Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

#### 1. Antecedentes

El movimiento de mujeres, los y las adolescentes y organizaciones de la diversidad sexual, hemos seguido el proceso del III Congreso por la Salud y la Vida, desde una doble perspectiva. Creemos que la iniciativa no puede ser mas oportuna, pues se inserta en un proceso hacia la Asamblea Constituyente, que cada día junta esperanzas y alianzas por un nuevo Ecuador, y que desde la salud, debe responder al hecho de ser un país profundamente inequitativo y desigual.

Desigualdad que tiene rostros de mujeres, de adolescentes y de personas diversas sexualmente, mestizas, indígenas, negras, jóvenes y adultas mayores, a quienes se nos sigue negando oportunidades de salud, educación, empleo. Inequidad reforzada por roles de género que fortalezcan las dobles y triples jornadas femeninas, la explotación y la violencia sexual, situaciones que no son observadas en las políticas públicas de salud en su conjunto. De los 13'200.000 personas que viven en el Ecuador, el 63.6% son pobres y un 23.4 vive en condiciones de indigencia. (SIISE 3.5)

El derecho al empleo, a la remuneración justa y a condiciones laborales dignas es un área de frágil cumplimiento en el Ecuador. Las prácticas excluyentes y discriminatorias que se expresan en la sociedad e instituciones figuran entre las causas que empujan a miles de ecuatorianas/os a emigrar en procura de mejores condiciones de vida.

Luego de largos decenios de oscurantismo, en 1998 el Ecuador dio un importante salto cualitativo al incluir en su Constitución el principio de no discriminación por orientación sexual y reconocer la diversidad y los derechos sexuales y reproductivos, logros que deseamos se mantengan en la nueva propuesta de Constitución del 2007, sin embargo es necesario reforzar todo lo obtenido para así mejorar la calidad de vida de las personas históricamente tratadas en forma desigual.

Existe una fuerte tendencia a centrar el análisis de salud, en los servicios de salud, fortaleciendo un modelo médico en desmedro de los avances que tiene el país, en relación con la Promoción de la Salud y los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

<sup>8</sup> Documento discutido y consensuado en el Taller organizado por el CONAMU con el apoyo del CONASA realizado en Cuenca el 8 de abril de 2007 previo al III Congreso.

Creemos en la Rectoría del Ministerio de Salud Pública, en la medida de un diálogo renovado a los avances, en procesos de coordinación intersectorial, de valoración de los procesos locales, en reconocimiento de mecanismos de participación ciudadana y por supuesto en el fortalecimiento de la red de servicios públicos que garanticen gratuidad y calidad en la atención. Una rectoría que responda al reto de mirar la salud cerca de la vida, con y más allá de los servicios de salud. Que entienda que salud no es ausencia de enfermedad y que sus determinantes son sociales, culturales y económicas

La importancia de la salud y de los derechos sexuales y derechos reproductivos, como parte de los derechos humanos, está reconocida en diversos instrumentos internacionales vinculantes para el Estado Ecuatoriano, por ello llama la atención que después de Cairo y Beijing, y los objetivos del milenio; las mujeres tengamos importancia para la política pública solo si vamos a ser madres. Innumerables estudios demuestran que la disminución de la muerte de mujeres por causas maternas, se relacionan con la forma en como enfrentan las mujeres su vida, sus relaciones de género, su vida sexual y reproductiva.

Por esta razón, nos reunimos al igual que los hicimos en los dos congresos anteriores, para decirles que defendemos en las Políticas de Salud y en la Asamblea Constituyente, una mirada integral de la salud, como un derecho humano fundamental, relacionado directamente con los derechos sexuales y los derechos reproductivos en el contexto de los derechos económicos, sociales y culturales.

#### 2. Situación actual de la Salud y de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

##### • Mujeres

Somos 6'491.891 y constituimos el 50% de la población ecuatoriana, el 24 % somos jefas de hogar. El analfabetismo femenino es 14,5%, y en el área rural es el 20%. La inequidad y discriminación que



vivimos, nos ha permitido erigirnos como ciudadanas en salud y demandar que las tareas de cuidado y la reproducción, sean responsabilidades de la sociedad en su conjunto y del Estado, y el reconocimiento y vigencia de nuestros derechos.

Las niñas, las adolescentes y las mujeres adultas presentan problemas nutricionales que ameritan verdaderas políticas de seguridad alimentaria. La diabetes mellitus es la segunda causa de muerte en las mujeres adultas. Los cánceres de útero y de mama representan más de mil muertes de mujeres al año.

En las adultas mayores, el aumento de la expectativa de vida, no implica que viven más y mejor, sino que necesitan mayor atención para problemas degenerativos y crónicos<sup>9</sup>, muchos de estos problemas se controlan desde edades tempranas a partir de estrategias de promoción de la salud (escuelas saludables, estilos saludables, ciudadanía responsable por su salud).

En la salud de las mujeres, adolescentes y personas de debe tomarse en cuenta los gastos, muchos de los cuales devienen de mujeres jefas de hogar, y al mismo tiempo considerar que algunos de los gastos se dan por los insuficientes recursos que las mujeres tenemos para disfrutar de salud, lo cual establece algunos riesgos para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Resaltamos algunos de estos riesgos:

- Una insuficiente educación sexual que dificulta que niños-as y adolescentes tengan conocimiento sobre su cuerpo y tomen decisiones informadas. La salud sexual, es abordada desde los riesgos y sus efectos negativos: infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y no se mencionan los derechos, la sexualidad, la opción sexual, el placer, la decisión informada, etc.
- Limitado acceso a anticonceptivos seguros y de calidad, por falta de conocimiento o por carencia de insumos, medicamentos en los servicios de salud. La mujer asume con sus recursos monetarios la responsabilidad de la planificación familiar.
- Inicio temprano de las relaciones sexuales muchas veces no deseadas (8% de mujeres de 15 a 24 años ha tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años) A nivel nacional, el promedio de edad de la primera relación sexual es 19 años. Mientras más bajo es el nivel económico y educativo, las mujeres inician relaciones sexuales a edades más tempranas.
- El embarazo en adolescentes se constituye un problema de salud pública, pues el embarazo en mujeres de menos de 18 años es un riesgo obstétrico. En el 2003 las adolescentes entre 12 y 19 años, constituyeron el 16,0% de las mujeres embarazadas del país. (SIISE)
- La mortalidad materna tiene una tasa de 79.6 por cada 100.00 nacidos vivos (INEC: 2004). Esta cifra es mayor en el área rural, en mujeres pobres y con menor acceso a educación.
- El 20% de muertes maternas corresponden a niñas y adolescentes. Los embarazos terminados en aborto constituyen la segunda causa de mortalidad materna. (IBS: 2005)

- Existe deficiente consumo de hierro y otros micronutrientes en el embarazo, que inciden en la presencia de anemia y aumento de riesgos de pre-eclampsia y eclampsia.
- El aborto en condiciones de riesgo, ya que el aborto clandestino que constituye un negocio lucrativo es la regla en el país. Sólo se permite el aborto terapéutico en casos de enfermedad grave que ponga en riesgo la vida de la madre y de violación a una mujer idiota o demente.
- La feminización del VIH/SIDA. Las mujeres amas de casa, con una sola pareja sexual junto a los jóvenes son los grupos más afectados por este problema (20 a 40 años). En 1995 había 1 mujer infectada por cada 4 hombres, ahora hay 1 por cada 2. En el 2004, de 1108 casos reportados, 774 correspondía a heterosexuales, 138 a bisexuales y 97 a homosexuales. Actualmente se considera que el principal "grupo de riesgo" son los hombres, que teniendo una pareja estable (mujer), tienen prácticas sexuales no protegidas con diferentes parejas, comúnmente hombres. Esto evidencia el escaso poder de decisión de las mujeres sobre su cuerpo y su sexualidad, así como la vulnerabilidad a la que están expuestas en sus hogares, y, evidencia algunos de los mitos respecto al VIH/SIDA, las relaciones sexuales y los grupos de riesgo. El país carece de políticas públicas efectivas que permitan: garantizar el acceso de las personas afectadas por el VIH/SIDA a servicios de salud de calidad, a medicamentos y combatir la discriminación que viven en todos los ámbitos y espacios.
- La violencia también es un problema de salud pública, Se estima que en el Ecuador, 7 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia, sea física, psicológica o sexual en algún momento de su vida. Según ENDEMAIN 2004, el 7% de las mujeres de 15 a 49 años de edad reportó violación en algún momento de su vida, y 4% mencionó abuso sexual. La trata y la explotación sexual, son problemas que afectan a las niñas, adolescentes y jóvenes.

9 MSP/INEC/SODEM y otros. 2005. Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2005.

El 80% de las denuncias recibidas por las Juntas de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes corresponden a violencia infantil en el ámbito educativo (Lazo: 2005. S/ref.) 121 de cada 1000 jóvenes han sufrido besos y caricias no deseadas, 27 de cada 1000 han vivido experiencias de violencia sexual oral y genital. (CEPAM Quito. 2003). Este es otro ámbito que en las políticas públicas de salud no ha sido considerado a pesar de los avances en la legislación.

#### • Adolescentes y jóvenes

De acuerdo a datos del último censo (2001) la población de adolescentes entre 12 y 18 años representa el 12,8%, son 1.556.383 personas, 780.513 hombres y 775.880 mujeres. Solamente el 34,2% de adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años han completado la educación básica. En los hombres es el 32,9% y en las mujeres el 35,3%<sup>10</sup>.

La adolescencia tradicionalmente ha sido vista como una condición de "no ser adulto", desde esta visión las acciones de salud, cuando han existido, han estado encaminadas a definir lo que deben o no hacer los y las adolescentes. Es necesario mirar a la adolescencia desde una noción de ciudadanía, sustentada en el reconocimiento de los y las adolescentes como sujetos sociales, sujetos de derechos, comprenderla como una etapa esencial por sí misma, necesaria de ser reconocida para potenciar la salud.

Existe una vulneración de los derechos humanos y sobre todo de los derechos sexuales y derechos reproductivos de los y las adolescentes, que se reflejan en los siguientes datos:

La principal causa de muerte en mujeres adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años son las relacionadas con el embarazo y el parto, mientras que en el caso de los hombres son las agresiones. Los accidentes de transporte representan en los hombres la tercera causa de muerte, mientras en las mujeres es la cuarta. El suicidio representa en las mujeres la segunda causa de muerte, mientras que en los hombres es la cuarta.

De acuerdo a la encuesta ENDEMAIN 2004, el 46,2% de las mujeres entre 15 y 24 años han tenido ya relaciones sexuales, el 8,0% las inició antes de los 15 años, el 30,0% antes de los 18 años, es decir en su adolescencia. A menor edad de la primera relación sexual, menor el porcentaje de uso de anticoncepción. El 38,9% de las mujeres de 15 a 24 años han estado alguna vez embarazadas.

El 33,3% de muertes por VIH/SIDA se da en adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años. 32,0% en hombres, 39,4% en mujeres<sup>11</sup>.

El 6,0% de las mujeres entre 15 y 19 años indican que han sido víctimas de algún tipo de violencia sexual en algún momento de su vida (ENDEMAIN 2004).

No existen mayores datos que den cuenta de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones en el país, tampoco de la violencia y violencia sexual sobre adolescentes varones en el país.

#### • Diversidad sexual

Si bien existe un reconocimiento Constitucional que establece una pauta para significativos cambios sociales e institucionales, sigue pendiente la adopción de medidas específicas que propicien la creación de un contexto favorable, donde el conjunto de la sociedad se comprometa, de manera activa, en la erradicación de la discriminación y en la vigencia de la igualdad.

Dentro de los derechos humanos encontramos cinco temas que es necesario tomarlos en cuenta para cambiar y mejorar la calidad de vida y la salud de las personas L.G.B.T.

- Igualdad económica y social.- Los despidos intempestivos o el hecho de que una empresa se rehúse a emplear a una persona por su orientación sexual o identidad de género, son casos que se repiten en nuestra sociedad, así como el de evitar iguales derechos de oportunidades en el acceso a bienes y propiedades.
- La educación es otra área afectada ya que las personas L.G.B.T. son discriminadas en todos los niveles educativos, lo que les impide a su gran mayoría formarse como profesionales en los diversos campos.
- Participación y representación.- La participación política es restringida para una parte de la población ecuatoriana, la L.G.B.T. Frente a esta realidad es importante fomentar la inclusión de la diversidad sexual en las esferas de toma de decisiones. Garantizar los derechos específicos de las personas discriminadas por su orientación sexual en la vida social y pública es otro objetivo. Eliminar la discriminación por orientación sexual e identidad de género en el acceso a los servicios, vivienda y lugares públicos.

10 INEC. Censo de Población y Vivienda. 2001. SIISE 4.0

11 INEC, Estadísticas vitales. Nacimientos y Defunciones. 2002. SIISE 4.0



- **Derechos Civiles.**- La libertad, integridad y seguridad personal, son derechos violentados en la población sexualmente diversa o L.G.B.T, en nombre de la moral y buenas costumbres. La violencia física, psicológica y sexual son el resultado de estas relaciones desiguales y opresivas, que inclusive se fomentan al interior de la familia, violentando además el derecho a la privacidad y la intimidad de las personas L.G.B.T. Si bien la familia es el primer espacio de producción de códigos, normas y valores sociales, estos están marcados por estereotipos tradicionales en el campo de la sexualidad.
- **Derecho a la Salud.**- Este derecho humano no se cumple para las personas sexualmente diversas, ya que esta diferencia es argumento para no otorgar servicios médicos de calidad o simplemente negarlos. La población L.G.B.T carece de un trato digno en los estamentos públicos y privados, lo que requiere de la creación de políticas y lineamientos para estas entidades, prohibiendo cualquier tipo de discriminación, también se lograría mucho con la sensibilización sobre el tema de diversidad sexual en el personal que trabaja en el área de salud, erradicando la discriminación por orientación sexual, identidad de género y estado de salud que involucra a las personas con enfermedades crónicas como el VIH/SIDA.

### **3. Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en los instrumentos internacionales**

Varios instrumentos internacionales, suscritos y ratificados por el país, respaldan la vigencia de los derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos, entre ellos: Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW); Convención Americana sobre Derechos Humanos; Convención sobre los Derechos del Niño; Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes, la Convención Iberoamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo 1994) responsabilizó al Estado de la educación sexual de los jóvenes y estableció que el derecho a la salud incluye el derecho a la salud sexual y la salud reproductiva.

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, (Beijing 1995) se estableció que “Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y decidir libremente respecto a estas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia...”

La Carta Andina de Derechos Humanos formulada y firmada en Guayaquil en el año 2002, ratifica los derechos de las personas con diversidad sexual. Sin embargo, este documento internacional no es aplicado en nuestro país, para mejorar la calidad de vida de las personas L.G.B.T.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: comprometen a los Estados de los países suscriptores, a trabajar por: la promoción de la igualdad de los géneros y la autonomía de la mujer, el mejoramiento de la salud materna, reducción de la mortalidad infantil y la detención de la propagación del VIH/SIDA que se traducen en el afianzamiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas.

### **4. Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en la Constitución Política de la República**

La Constitución Política de la República determina que el Estado debe: Asegurar la vigencia de los derechos humanos, las libertades fundamentales de mujeres y hombres, y la seguridad social (Art. 3, numeral 2). Garantizar el derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, recreación, vivienda, vestido y otros servicios sociales necesarios (Art. 23, numeral 20).

La Constitución incorpora los derechos sexuales y derechos reproductivos, en diversos artículos. El capítulo 2, artículo 23, contiene numerales relacionados con: integridad personal mediante la prohibición y sanción de todo tipo de violencia (Numeral 2). Igualdad ante la ley sin discriminación en razón de sexo, orientación sexual, estado de salud, religión o diferencia de cualquier otra índole (Numeral 3). Derecho de las personas a tomar decisiones libres y responsables sobre su vida sexual (Numeral 25).

El artículo 39 de la Constitución determina el fomento de la maternidad y paternidad responsables. El Estado garantiza el derecho de las personas a decidir sobre el número de hijos/as que puedan procrear, adoptar, mantener y educar. Además señala que es obligación del Estado informar, educar y proveer los medios que coadyuven al ejercicio de este derecho.

Existen otros artículos relacionados con la promoción de una cultura por la salud y la vida, especialmente la seguridad alimentaria, la salud sexual y salud reproductiva, las familias, el trabajo, la salud, la seguridad social y los grupos vulnerables.

## 5. Derechos sexuales y derechos reproductivos en la legislación nacional

- Leyes específicas de salud: Ley del Sistema Nacional de Salud, Ley Orgánica de Salud y Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Ley de prevención y atención integral del VIH-SIDA.
- Ley contra la violencia a la mujer y la familia, reformas al código penal para sanción de delitos sexuales, Ley de educación de la sexualidad y el amor.
- Políticas nacionales: plan de igualdad de oportunidades, plan nacional de educación de la sexualidad y el amor, política nacional de salud y derechos sexuales y derechos reproductivos y su plan de acción, plan nacional de erradicación de los delitos sexuales en el ámbito educativo, y, plan nacional para el combate de la trata y la explotación sexual y laboral de mujeres, niños, niñas y adolescentes.

A pesar de los avances existe una gran brecha entre el marco legal que tiene el país, el cumplimiento y vigencia de los derechos adquiridos. Nuestros derechos siguen siendo mutilados o violentados. En el caso de la discriminación por opción sexual, por ejemplo, no existen leyes secundarias que permitan que se cumpla lo establecido en el artículo 23, numeral 3 de la Constitución.

## 6. Propuestas para el III Congreso por la Salud y la Vida

Proponemos que:

- Se diferencie en la organización del Congreso, dos momentos: un primero, sobre las propuestas de políticas públicas de salud y un segundo de propuestas para la Asamblea Constituyente.
- El Congreso sea un espacio político de concertación, con la inclusión de la voz ciudadana diversa, que reconozca la voz de las mujeres, de los y las adolescentes y jóvenes y de las personas L.G.B.T.
- Se fortalezcan miradas integrales, que permitan afianzar una cultura por la salud y la vida y el derecho a la salud desde una perspectiva amplia e integral, basada en los derechos económicos, sociales y culturales, rebasando un enfoque de salud centrado en servicios.
- Se cambie el nombre de la mesa 4 a: “Salud y Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos”, y se adopte este documento como base para el análisis y el debate en este Congreso.
- Ser parte de las relatorías de las mesas, de la comisión de redacción de la Declaración de Cuenca y de los documentos para las plenarias finales.

### 6.1. Propuestas para Políticas de Salud

- La reglamentación y aplicación de la Ley Orgánica de Salud.
- La aplicación de la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos y su Plan Nacional de Acción.

- La Agenda Nacional de los Comités de Usuarías de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia como mandato para las políticas públicas.
- La actualización de las Normas de Salud Reproductiva y las Normas de Atención Integral de los y las Adolescentes, en concordancia con los avances existentes en el país en leyes y políticas relacionadas con Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.
- Que se trabaje participativamente en la elaboración y aplicación de una Política Nacional y del Plan Estratégico para enfrentar la problemática del VIH/SIDA, considerando los derechos humanos, los derechos sexuales y los derechos reproductivos.
- Que se definan acciones y medidas concretas para combatir la discriminación en los servicios de salud hacia las personas viviendo con VIH-SIDA y las de la diversidad sexual L.G.B.T.
- El gobierno debe garantizar una atención permanente y de calidad en los servicios de salud, “El decreto de emergencia sanitaria debería responder a esta lógica”, lo que implica entre otros aspectos, solucionar de manera definitiva el déficit de recursos humanos que actualmente existe y una distribución equitativa de estos y de los recursos económicos en el país.
- El cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia por parte de todas las instituciones y organismos involucradas y solucionar el déficit de financiamiento.
- Toda muerte materna debe ser investigada para identificar responsabilidades e iniciar los procesos administrativos, civiles y penales que correspondan.
- Generar mecanismos concretos para fomentar participación y control social por parte de la población y las usuarias, así como la rendición de cuentas por parte de las instituciones responsables de las políticas, acciones y servicios de salud.
- Propiciar un debate nacional sobre la necesidad de actualizar el Código de Ética Médica, en concordancia con los avances en derechos humanos, derechos sexuales, derechos reproductivos y bioética.



## 6.2. Propuestas para la Asamblea Constituyente

### A. Defender lo que hemos logrado

No retrocederemos, la nueva Constitución debe garantizar los derechos logrados en la actual en lo relacionado con derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos.

Avanzaremos en un mayor reconocimiento y protección de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

### B. Garantizar la vigencia del Estado laico

El artículo 1 de la nueva constitución debería decir, el Ecuador es un estado social de derecho, laico.

Con esto evitaremos la influencia de la iglesia en los diferentes poderes del Estado, atentando u oponiéndose a la vigencia de los derechos de las personas, especialmente de las mujeres, de los jóvenes y adolescentes, en el campo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, de la salud y de la educación.

### C. Incorporar en la nueva Constitución

#### Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

- El Estado Garantiza a todas las personas derechos sexuales y derechos reproductivos como parte de los derechos humanos.
- El Estado reconoce que la salud es un derecho humano fundamental cuya garantía y protección es responsabilidad del Estado, y los derechos sexuales y derechos reproductivos como parte del derecho a la salud.
- Es obligación del Estado reconocer el rol social de la reproducción y del cuidado, así como generar mecanismos de compensación social y económica para las mujeres que se dedican a las tareas de cuidado y al trabajo doméstico no remunerado.
- Fomentar la responsabilidad de hombres y de mujeres en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, incluyendo el cuidado de los hijos, el acceso y uso de métodos anticonceptivos acorde al desarrollo de la ciencia y tecnología, sin discriminación.
- Garantizar el acceso gratuito a programas, acciones y métodos de planificación familiar y anticoncepción, de calidad y seguros, acorde a los avances de la ciencia y la tecnología, para todas las personas sin discriminación. Asegurará el abastecimiento permanente de materiales, medicamentos, insumos y la información necesarias para que las personas ejerzan su derecho a tomar decisiones.
- Desarrollará e implementará políticas de educación de la sexualidad para niños, niñas y adolescentes, con enfoque integral y de derechos, cuya implementación será obligatoria en todos los establecimientos educativos del país.
- Garantizará el aborto terapéutico en los casos que determine la ley, para salvaguardar la vida de la mujer.

#### Vida libre de violencia

- Es obligación del Estado Ecuatoriano a través de sus diferentes poderes, instituciones y organismos, erradicar la violencia de género en todas sus formas, entre ellas la discriminación por orientación sexual, en los ámbitos educativo, laboral y familiar. Erradicar y combatir la trata, el tráfico y explotación sexual.
- Generar condiciones y oportunidades para la restitución de derechos, el desarrollo y superación de las mujeres, niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia y de la discriminación.
- Es obligación del Estado, desarrollar un sistema de protección integral e intersectorial, para las víctimas de las violencias de género, e implementar un sistema nacional de información y registro en este ámbito.

#### Equidad en el acceso a la salud: financiamiento, servicios y acciones de salud

- Presupuesto público para salud estable, en base al PIB, distribuido con equidad a nivel nacional, de acuerdo a la población y a sus condiciones de salud - enfermedad.
- El Estado garantizará el acceso universal a servicios y acciones de salud de calidad, seguros, eficaces, que protejan los derechos humanos de las personas, para lo cual proveerá el financiamiento, los recursos humanos suficientes y capacitados.

#### Modelo de atención

- Basado en atención primaria y promoción de salud, con enfoques de: derechos, género, ciclo de vida e intercultural. Construido con participación ciudadana.

#### Servicios de salud

- Promover una atención de calidad y humanizada que respete y reconozca la diversidad y garantice buen trato a las usuarias-os.

- Cambiar el sistema actual de salud neoliberal a un sistema de salud basado en derechos. La Constitución debe determinar que las acciones de salud pública y los servicios de salud no tienen costo para la población.
- Consolidar el Sistema Nacional de Salud, redes nacional y locales de servicios para permitir el acceso universal de la población a atención de calidad.
- Respeto, reconocimiento y vinculación de las medicinas tradicional y alternativa.
- Garantía de atención integral a las víctimas de violencia, especialmente de las violencias de género, intrafamiliar y sexual; en todos los niveles de atención y servicios de salud, en coordinación con otros organismos involucrados.

#### **Acceso a medicamentos seguros y de calidad**

- Garantizar el acceso a medicamentos genéricos, seguros y de calidad, a través de la fijación y control de precios y del impulso de la creación de laboratorios nacionales o regionales (andinos) de producción de medicamentos, especialmente genéricos.
- Fomentar el estudio de la medicina tradicional garantizando la protección de los derechos colectivos y de propiedad intelectual de las comunidades, nacionalidades o pueblos.

#### **Veeduría y control social de los servicios de salud e instituciones involucradas con la garantía del derecho a la salud**

- Fortalecer la difusión y promoción de derechos, los espacios de veeduría y control social en relación con salud a través de las organizaciones de consumidores, de usuarias, y otras creadas para ese fin.
- Establecer en el estado, mecanismos institucionales que faciliten el derecho al control social.

#### **Proteger y mejorar el financiamiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia**

- Garantizar un financiamiento estable y progresivo para la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

#### **Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales, CONE, y Ampliados, CONA, para disminuir la Mortalidad Materna<sup>12</sup>.**

##### **Participación y veeduría social:**

##### **A. Agenda del Comité de Usuarías de la LMGYAI**

##### **B. La Sociedad Civil en los Consejos Cantorales y Provinciales de Salud**

El Plan de Acción de SDRS señala los artículos constitucionales, consensos internacionales y políticas y leyes nacionales que lo respalda. La participación social es parte de los fundamentos estratégicos de la Política de SDRS, a través de los Comités de Usuarías, y de la integración de los representantes de la Sociedad Civil en los Consejos Cantorales y Provinciales de Salud, así como en el propio Consejo Nacional de Salud, CONASA. Esta participación se va consolidando conforme se construye el SNS, garantizando con ella la equidad, la calidad y la eficiencia de los servicios. Las Usuarías/os y los delegados de la Sociedad Civil, deben participar activamente en los Talleres Pre Congreso y en el propio Congreso por la Salud y la Vida, con representación cantonal, provincial y nacional.

##### **Hay diez razones por las cuales, dentro del Plan de Acción de SDRS, debe priorizarse el tema de Cuidados Obstétricos, CO, y MM:**

1. La MM es aún elevada en el país con una razón de 85 x 100 000 n. v.
2. La mayoría de la MM (entre 74 % y 82 %) sucede en los servicios hospitalarios.
3. Hay una grave inequidad en la distribución de servicios de CO entre las áreas urbanas y rurales, y entre provincias.

<sup>12</sup> Documento base elaborado por el UNFPA para el análisis y discusión del eje temático correspondiente en 15 talleres provinciales previos al III Congreso por la Salud y la Vida.



4. 30 % de egresos hospitalarios corresponde a causas maternas (14.6 % a abortos).
5. Más de la mitad de los egresos por causa materna se deben a partos.
6. Más de a mitad de egresos por causas materna fueron complicaciones obstétricas.
7. Del total de partos hospitalarios el 40 % fueron resueltos por cesárea.
8. La primera condición para resolver el problema de la MM es la “equidad en el acceso”, la cual se corrige a partir de la cobertura universal sin costo, como propone la LMGYAI.
9. La segunda condición es la “calidad” de los servicios. Como la anterior, exigida por los Comités de Usuaris/os y otros representantes de la sociedad civil, de acuerdo al cumplimiento estricto de las “Normas” y Protocolos.
10. La tercera es la implementación del SNS como lo exige la Ley: con la organización de Redes Plurales locales “integrales” (APS y hospitales de referencia) como “Modelo de Atención”, y la Rectoría del MSP a través del CONASA y los Consejos Provinciales y Cantonales de Salud, como “Modelo de Gestión”.

Se reconoce por otra parte que el acceso a servicios de SDR tiene un efecto positivo en la reducción de la Mortalidad Materna y neonatal (Ecuador debe bajar de 159 x 100 000 nacidos vivos ENDEMAIN, 1990- a 39.25 para el 2015). En 2005 fue 85 x 100 000 n. v. según el INEC.

#### **En el nivel mundial se conoce que hay cinco causas directas que ocasionan el 75 % de las muertes maternas<sup>13</sup>:**

1. Hemorragia	21 %
2. Complicaciones de abortos inseguros	14 %
3. Hipertensión debida al embarazo (eclampsia)	13 %
4. Parto obstruido	8 %
5. Infección	8 %
6. Otras	11 %

**Y otras cinco indirectas que ocasionan el 25 % de las muertes maternas:** Malaria, anemia, hepatitis, HIV/SIDA, Tuberculosis.

**Para la mejoría de la salud neonatal se reconocen las siguientes evidencias: La atención y el acceso a asistencia calificada del parto:**

En promedio el 79% de los partos en América Latina y el Caribe tienen lugar en establecimientos (en Ecuador el 73 %). En las zonas rurales es limitado el acceso a suministros, equipo en funcionamiento y servicios de derivación, además de que una proporción significativa de nacimientos son atendidos por auxiliares sin capacitación. Las “parteras capacitadas” no tienen competencia para solucionar las complicaciones obstétricas o

neonatales. En los países donde se da a luz principalmente en el hogar, las tasas de mortalidad neonatal son las más altas.

#### **Estrategias para la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia:**

La formulación del componente comunitario de la AIEPI neonatal ha sido evaluada, y las experiencias y enseñanzas configuran sus políticas y programas. En el Ecuador, en el 2006, más de 200 profesionales de hospitales provinciales y cantonales del país, fueron capacitados en el AIEPI neonatal.

#### **La inmunización:**

La inmunización ha reducido de la mortalidad neonatal e infantil en toda América Latina y el Caribe. La mortalidad por sarampión, tétanos neonatal y meningitis bacteriana causada por *Haemophilus influenzae* se redujo en 95% en comparación con las cifras de 1990, y la mortalidad provocada por la tos ferina disminuyó >80%. La inmunización desempeñó un papel importante en la reducción del tétanos neonatal, así como la vacunación contra la rubéola contribuyó a disminuir la prevalencia del síndrome de rubéola congénita.

#### **Los factores maternos en la salud neonatal:**

Los factores maternos que afectan a la salud neonatal son desnutrición materna, anemia, edad de la madre (menores de 18 años o mayores de 35 años), haber tenido más de cinco partos, un intervalo breve entre nacimientos (menos de tres años entre los embarazos) y complicaciones del parto (parto prolongado u obstruido, parto de nalgas). Otros factores comprenden las infecciones maternas, como las de transmisión sexual, la infección por VIH/SIDA, la infección de vías urinarias, la malaria, la desnutrición en las niñas y las mujeres, incluso antes del embarazo.

Los factores sociales vinculados a la salud materna, son también fundamentales. Que la mujer embarazada viva una vida tranquila y libre de violencia es

13 Distance Learning Courses on Population Issues, Course 6, Reducing Maternal Deaths: Selecting Priorities, Tracking Progress. UNFPA, 2005. (RMD)

fundamental para el bienestar de la mujer en general y especialmente para el buen desarrollo del periodo prenatal. La LMGYAI en su artículo 2 apartado a) incluye la atención en casos derivados de violencia familiar y atención psicológica. Es indispensable trabajar en este tema que aún está poco avanzado.

#### **El sector salud en Ecuador debe asumir acciones concretas como:**

- Implementar un protocolo de detección y referencia (diseñarlo, capacitar a todo el personal para aplicarlo, y hacer seguimiento y monitoreo de su nivel de implementación).
- Capacitar a todos los/as profesionales de la salud en atención e identificación de casos de violencia sexual y atención de emergencia (incluyendo prevención ITS, VIH y contracepción de emergencia).
- Incluir el tema de la violencia contra las mujeres en la formación básica de los profesionales de la salud (médicos/as y enfermeros/as), tanto en las carreras de grado como a nivel de postgrado (creación de especialidades: peritajes en casos de violencia).
- Aumentar la participación de los/as funcionarios de salud en las redes locales de atención y prevención de la violencia.
- Incluir el tema de la violencia contra las mujeres en los programas de salud sexual y reproductiva y prevención del VIH/SIDA.
- Comprometer a asociaciones profesionales (médicos/as y enfermeros/as) y a través de ellas, a sus miembros a luchar activamente contra la violencia hacia las mujeres dentro de su práctica clínica.

#### **Los micronutrientes:**

Según la OMS, 43% de las mujeres de 15 a 49 años de edad que viven en los países en desarrollo padecen anemia durante el embarazo. Esta afección se reconoce como factor de riesgo para la mortalidad materna cuando coincide con hemorragias antes y después del parto, mortinatos y peso bajo al nacer. La carencia de vitamina A y de zinc puede contribuir a la aparición de septicemia perinatal al deteriorar la respuesta normal a las infecciones.

La carencia de ácido fólico durante el período previo a la concepción guarda relación con defectos del tubo neural y, durante el embarazo, podría relacionarse con el nacimiento de niños de pretérmino. Asimismo la utilización de esteroides antenatales, podría prevenir y disminuir de manera dramática la membrana hialina y otras patologías pulmonares del recién nacido.

#### **La lactancia materna:**

La lactancia materna se reconoce como un factor clave en la salud del recién nacido y del lactante, especialmente la lactancia temprana y exclusiva. Mientras actualmente se calcula que 90% de las madres en América Latina y el Caribe amamantan a sus

recién nacidos, sólo 35% amamantan exclusivamente durante seis meses (OMS, programas de Nutrición y de Seguridad Alimentaria, 2004).

#### **La transmisión materno infantil del VIH:**

Una intervención económica para detener la propagación del VIH es la prevención de la transmisión materno infantil (PTMI). La atención prenatal focalizada de buena calidad es un punto de acceso clave a la atención y el tratamiento de la infección por el VIH. Si se integra a la asistencia prenatal, la PTMI puede prevenir al menos 50% de las infecciones por el VIH en los niños y puede contribuir a la identificación oportuna y a la derivación de las mujeres para el tratamiento con antirretrovíricos (TAR).

#### **Por todo esto se propone:**

1. Mayor visibilidad de la salud neonatal y mayor capacidad para la formulación de políticas nacionales y el establecimiento de prioridades en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño en aras del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio
2. Formulación de marcos de política para mejorar la salud del recién nacido y reducir la mortalidad neonatal, mediante el compromiso político de alto nivel, partiendo de lo que ya existe
3. Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud para mejorar el acceso de la madre, el recién nacido y el niño a atención de salud de buena calidad y oportuna
4. Fortalecimiento de los sistemas de seguimiento y evaluación
5. Alianzas a favor de la salud neonatal

#### **Los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales y Ampliados, CONE y CONA**

La alternativa, para disminuir la Mortalidad Materna, así como la Mortalidad Infantil, MI, es la atención adecuada de las complicaciones obstétricas y del



neonato, mediante unidades hospitalarias de Cuidados Obstétricos y Neonatales, tanto Esenciales, CONE, como Ampliados, CONA, es decir que la prioridad es la atención hospitalaria del parto y del recién nacido. No es posible predecir ni prevenir las complicaciones obstétricas (directas) que son súbitas, es decir “las complicaciones obstétricas del embarazo y el parto no pueden ni predecirse ni prevenirse, pero hay tratamiento para todas ellas. (...) Las intervenciones para impartir capacitación a parteras tradicionales, PT, apenas han logrado reducir la MM, debido a que carecen de los conocimientos médicos necesarios para atender las complicaciones obstétricas y, por lo general, no forman parte del sistema oficial de atención a la salud (...)

Las funciones que las PT pueden desempeñar sin riesgo son: seguimiento de los nacimientos y los embarazos, promoción de los servicios del personal calificado, prestación de apoyo social a la familia y las funciones de enlace con los servicios del sistema de salud. (...) Otra estrategia ineficaz ha sido centrarse en la detección precoz de los embarazos de alto riesgo, pues, en realidad, todas las embarazadas corren riesgo. (...) Es preciso integrar la sensibilidad cultural en todos los niveles operacionales, para asegurarse que todas las mujeres sean tratadas con dignidad y respeto: que atiendan su pudor, que estén acompañadas de una persona de confianza durante el parto, así como que puedan optar por el parto vertical”<sup>14</sup>.

### Se ha establecido una triple estrategia para evitar la Mortalidad Materna:

1. Acceso universal a servicios anticonceptivos para reducir la cantidad de embarazos no deseados y atender la actual demanda insatisfecha. Son los servicios de **planificación familiar dentro de la Atención Primaria de Salud**, APS, y el primer nivel de acceso a los servicios
2. **Los CONE y CONA** del nivel hospitalario, dentro de las Redes Plurales del Sistema Nacional de Salud
3. **Atención calificada del parto**. Hasta que sean institucionales atendidos por profesionales específicamente “calificados” de acuerdo a normas y protocolos

**La estrategia requiere un SNS óptimo**, incluyendo provisión de equipos, insumos y suministros, infraestructura y transporte; sistemas de abastecimiento de agua y electricidad, redes de comunicación adecuadas, políticas, supervisión, y gestión de recursos humanos, protocolos y directrices clínicos.

**CONE: Hospital básico** (cantonal en el caso del Ecuador) que **atiende las 24 horas** los siete días de la semana, cuenta con médicos y enfermeras (obstétricas si es del caso), para cumplir las siguientes **Seis funciones especiales**:

Cumplimiento de las **normas** para:

1. Tratamiento de la hemorragia (oxitócicos)
2. Tratamiento de la hipertensión (eclampsia, anticonvulsivantes)
3. Tratamiento de las infecciones (administración, parenteral, de antibióticos)
4. Atención del parto vaginal (particularmente de la tercera etapa)
5. Extracción manual de la placenta
6. Extracción de productos retenidos (Absorción Manual Endo Uterina, AMEU) y atención del Recién Nacido

**CONA: Hospital de referencia** (provincial en el caso del Ecuador) que atiende las 24 horas los siete días de la semana, cuenta con especialistas en Ginecología y Obstetricia, enfermeras (obstétricas si es del caso), para cumplir las siguientes **dos funciones adicionales**:

Cumplimiento de las **normas** para:

7. Cesáreas
8. Transfusión sanguínea (Hemotécas)

**En vista de los siguientes “tiempos emergentes” se proponen “seis indicadores de proceso”.**

**Tiempos emergentes:** En estudios internacionales<sup>15</sup> se ha demostrado que desde el momento más grave, hasta la muerte de la madre, el tiempo medio transcurrido es el siguiente:

- |                         |                |
|-------------------------|----------------|
| 1. Hemorragia postparto | <b>2 horas</b> |
| 2. Hemorragia preparto  | 12 horas       |
| 3. Eclampsia            | 2 días         |
| 4. Parto obstruido      | 3 días         |
| 5. Infección            | 6 días         |

14 Ibid, Mortalidad Materna, actualización 2004. El Parto en Buenas Manos, (PBM), UNFPA University of Aberdeen.

15 Ibid, Distance Learning Courses on Population Issues, Course 6, Reducing Maternal Deaths: Selecting Priorities, Tracking Progress. UNFPA, 2005 (RMD)

### Seis Indicadores de Proceso sobre los CONE y CONA

1. Número de unidades de CONE (1x125.000 habitantes) y CONA (1x500.000 "funcionando")
2. (Buena) Distribución geográfica de CONE (a dos horas de distancia desde las viviendas) y CONA (a dos horas de distancia desde los CONE)
3. Los CONE y CONA atienden un significativo porcentaje de partos (ojalá todos)
4. Los CONE y CONA atienden las complicaciones obstétricas (15 % a 40 % de los embarazos)
5. Los CONA atienden los requerimientos de cesáreas (hasta un 15 % de partos normales)
6. Los CONE y CONA tienen una Tasa de Letalidad no mayor a 0.5 por mil egresos hospitalarios por causa materna

Se conocen las siguientes tres barreras para los COE: Creer que solamente la Planificación Familiar resuelve la Mortalidad Materna (aunque ésta disminuye ciertas muertes potenciales -hasta un 30%-), es independiente de las probables complicaciones obstétricas; desde luego influye mucho en la disminución de los embarazos no deseados y los abortos). Creer que solo el control prenatal resuelve (reduce las consecuencias de las causas indirectas, pero hay un 75 % de causas directas, de aparición súbita alrededor del período del parto, no predecibles ni prevenibles -por lo tanto "todo embarazo es de riesgo"-). Las Parteras Tradicionales, que son relevantes para la referencia pero no resuelven las complicaciones obstétricas.

**Las tres demoras:** En la decisión de buscar tratamiento hospitalario (no se reconocen los signos de peligro de la complicación obstétrica). En llegar al servicio hospitalario y lograr el tratamiento (problemas de distancia, caminos, falta y costo del transporte). En recibir, con calidad, el tratamiento en los servicios hospitalarios, CONE y CONA. **La prioridad** radicar en la tercera demora (si los servicios tienen calidad y calidez la población accederá).

Dentro del Plan de Acción de SDR hay líneas como el "Ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos", "Promoción de la igualdad de género", el "Programa de planificación familiar", la "Violencia de género", el "Adulto mayor", la "Detección de Cáncer", las "ITS y el VIH/SIDA", así como el Programa para la Reducción de la Mortalidad Materna con cinco ejes: 1. Sistema de Vigilancia, 2. Servicios Integrales (APS y CONE-CONA), 3. LMGYAI (con Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos, DAIA), 4. Interculturalidad, 5. Redes Sociales y de Servicios (Promoción). Se espera que, **sobre la base de la Participación y la Veeduría Social:**

- a. Agenda del Comité de Usuarias de la LMGYAI, y
- b. La Sociedad Civil en los Consejos Cantorales y Provinciales de Salud,

Se organice el trabajo cantonal y provincial en torno a:

- a. Tres demoras
- b. Seis Indicadores de Proceso
- c. Seis Funciones Especiales de los CONE
- d. Ocho Funciones de los CONA

- e. Presentar los problemas a los Comités de Mortalidad Materna tanto cantorales como hospitalarios y provinciales
- f. Presentar el Plan de Acción a los Consejos Cantorales y provinciales de Salud

### Guía mesa 4 para los Pre Talleres del Congreso por la Salud y la Vida

1. ¿Juzga el grupo que se aplica en la provincia el Plan de Acción de SDR con las líneas y programas puntualizados arriba? ¿Qué debe hacerse para que eso suceda o se fortalezca?
2. ¿Juzga el grupo que se aplica en la provincia el Programa de Reducción de la Mortalidad Materna con sus cinco ejes? ¿Qué debe hacerse para que eso suceda o se fortalezca?
3. ¿Están organizados y funcionan los Comités de Muerte Materna en los Cantones, Hospitales y en la Provincia? ¿Qué debe hacerse para que eso suceda o se fortalezca?
4. ¿Están organizados y funcionan los Consejos Cantorales y el Consejo Provincial de Salud? ¿Qué debe hacerse para que eso suceda o se fortalezca?
5. ¿Podría el grupo establecer para la Provincia la Red Plural de Servicios de CONE y CONA para garantizar la cobertura universal sin costo? ¿Qué debe hacerse para que eso suceda o se fortalezca?
6. ¿Están organizados en los cantones y la provincia los Comités de Usuarias para garantizar la equidad (gratuidad), y la calidad de los servicios? ¿Qué debe hacerse para que eso suceda o se fortalezca?
7. ¿Qué otras prioridades existen en el campo de la SDR en la provincia?
8. ¿Podría el grupo consolidar una breve propuesta política y técnica en el campo de la SDR para presentarla en el COSAVI y la Asamblea Constituyente?



## Tema: El Derecho a un trabajo digno y bien remunerado en función de una atención de calidad

### Mesa 5

#### La Carrera Sanitaria para la Fuerza de Trabajo en Salud del Ecuador

##### 1. Antecedentes

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud en su artículo 19, numeral 6, señala como una de las funciones del Consejo Nacional de Salud (CONASA) el “**Convocar y organizar periódicamente eventos de amplia consulta nacional sobre los temas relevantes para la salud del país**”.

Con la finalidad de fomentar e impulsar la participación social en salud se realizó el **III Congreso por la Salud y la Vida** con una visión encaminada a generar una propuesta nacional desde lo local, tendiente a plantear las reformas del sector necesarias para garantizar el derecho a la salud de los y las ecuatorianas en la **Asamblea Constituyente**.

Uno de los ejes temáticos prioritarios en salud para su consideración en la Asamblea Nacional Constituyente tiene que ver con uno de los objetivos centrales del Consejo Nacional de Salud, a través de la Comisión de Recursos Humanos -CONARHUS-, que se refiere al apoyo al desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud mediante la implementación de la Ley de .

Para llevar adelante esta propuesta, se ha elaborado un documento técnico que precisa los aspectos de gestión y regulación durante las etapas de formación, ejercicio y cesación de la Fuerza de Trabajo en Salud. Este insumo técnico para su elevación a Ley Orgánica de la República, ha experimentado un proceso intenso de análisis de coherencia técnico-jurídica bajo la responsabilidad de una Subcomisión dependiente de la CONARHUS, que ha contado con la participación de representantes gremiales, de federaciones de trabajadores, del Ministerio de Salud Pública, del CONASA y de la OPS.

Al haberse entregado la versión final del Anteproyecto de Ley de al Directorio del CONASA, durante su reunión ordinaria del 25 de octubre de 2006, éste resolvió encargar a la Dirección Ejecutiva del CONASA promover una amplia fase de difusión hacia la Fuerza de Trabajo en Salud (FTS) del Ecuador tendiente a:

- Socializar y analizar la propuesta del Anteproyecto de Ley de
- Identificar los posicionamientos sobre el tema
- Desarrollar una agenda conjunta para la implementación de la Ley de

En consecuencia con la resolución del Directorio del CONASA, y para socializar el Anteproyecto de Ley y recoger las observaciones

de los actores involucrados, se propone el siguiente esquema de análisis y reflexión del Anteproyecto de Ley de durante los 22 talleres precongreso. A la fecha de estos eventos, el Anteproyecto de Ley se había nutrido de las recomendaciones y posicionamientos de diversos actores gremiales y sindicales expresados durante los siguientes eventos coauspiciados por el CONASA:

- El 8 de diciembre de 2006, con la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (FENETS) en Guayaquil
- Entre el 6 y 8 de noviembre de 2006 durante el Curso de Gobernabilidad y Alta Gerencia en Políticas, Sistemas y Servicios de Salud, organizado por la Federación Médica Ecuatoriana
- El 13 de diciembre de 2006 y el 18 de enero de 2007, con la Federación Médica Ecuatoriana se continuó el Diálogo Nacional para el análisis del Anteproyecto de Ley de Carrera Sanitaria.

##### 2. Propuesta analítica

Tomando como referencia el Anteproyecto de Ley de Carrera Sanitaria, se propondrá un ejercicio de análisis y reflexión sobre los principales componentes del mismo, al plantear la discusión grupal con las siguientes preguntas motivadoras:

1. ¿El marco constitucional y legal (Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud) en lo que concierne al desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud<sup>16</sup> como un elemento

<sup>16</sup> Art. 26.- El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, propondrá 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

fundamental para la construcción del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador, es suficiente o requiere integrar/incluir otros elementos/conceptos adicionales en el tema?

2. ¿Cómo se debería definir a la Carrera Sanitaria? ¿Hay algún elemento/concepto adicional que se debería añadir a la definición actual?
3. ¿En su opinión, son estos todos los fines del de la Carrera Sanitaria, o hay algún elemento/concepto adicional que se debería añadir al Anteproyecto de Ley como definido?
4. ¿Está de acuerdo con las condiciones del ingreso a la Carrera Sanitaria que constan en el actual Anteproyecto de Ley? ¿Qué elementos/conceptos adicionales se debería considerar para añadirlos en el tema?
5. ¿Está de acuerdo con la propuesta de regulación para los puestos de nivel directivo que constan en el actual Anteproyecto de Ley? ¿Qué elementos/conceptos adicionales se debería considerar para añadirlos en el tema?
6. ¿Qué propuesta de incentivos y complementos salariales podría ser adecuada para la Fuerza de Trabajo en Salud que realiza cobertura de las áreas poblacionales vulnerables (rurales/urbano marginales)?
7. ¿Está de acuerdo con la propuesta para el ejercicio de la docencia para la Fuerza de Trabajo en Salud que consta en el actual Anteproyecto de Ley? ¿Qué elementos/conceptos adicionales se debería considerar para añadirlos en el tema?
8. ¿Está de acuerdo con la propuesta de disponibilidad de la jornada de trabajo para actividades de desarrollo profesional de la Fuerza de Trabajo en Salud que consta en el actual Anteproyecto de Ley? ¿Qué elementos/conceptos adicionales se debería considerar para añadirlos en el tema?
9. ¿Está de acuerdo con la propuesta de derechos y obligaciones para el desarrollo profesional de la Fuerza de Trabajo en Salud que consta en el actual Anteproyecto de Ley? ¿Qué elementos/conceptos adicionales se debería considerar para añadirlos en el tema?
10. ¿Cuáles deberían ser las características de un proceso de evaluación del desempeño de la Fuerza de Trabajo en Salud para integrarlas en el Anteproyecto de Ley?
11. ¿Cuáles deberían ser las características de un sistema de incentivos para la Fuerza de Trabajo en Salud que puedan ser integrarlas en el Anteproyecto de Ley?

governabilidad gestión de personal e incentivos basados en evaluación de desempeño, ubicación gráfica y manejo de riesgo.

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



**Asignación de participantes a los talleres provinciales previos al  
III Congreso por la Salud y la Vida por población provincial**

<b>Provincia</b>	<b>Población</b>	<b>No. de participantes*</b>
<b>Carchi</b>	162.797	80
<b>Imbabura</b>	380.602	80
<b>Pichincha</b>	2'608.856	150
<b>Cotopaxi</b>	384.499	80
<b>Tungurahua</b>	482.877	80
<b>Bolívar</b>	178.089	80
<b>Chimborazo</b>	432.711	80
<b>Cañar</b>	221.045	80
<b>Azuay</b>	654.684	100
<b>Loja</b>	427.520	80
<b>Esmeraldas</b>	423.564	80
<b>Manabí</b>	1'282.440	100
<b>Los Ríos</b>	716.106	100
<b>Guayas</b>	3'541.475	150
<b>El Oro</b>	583.797	100
<b>Galápagos</b>	21.376	50
<b>Sucumbíos</b>	152.587	80
<b>Orellana</b>	103.032	80
<b>Napo</b>	91.041	60
<b>Pastaza</b>	71.565	60
<b>Morona Santiago</b>	127.496	80
<b>Zamora Chinchipe</b>	83.652	60

\* El número de participantes en cada provincia está calculado en correspondencia a su población según proyección por provincias y parroquias por grupos programáticos MSP 2005.

## Representación al III Congreso por la Salud y la Vida por población provincial

### Representación Provincial

Provincia	Población de País	Población provincial	Número de Representantes Provinciales
Carchi	13.215.089	162.797	10
Imbabura	13.215.089	380.602	20
Pichincha	13.215.089	2608856	100
Cotopaxi	13.215.089	384.499	20
Tungurahua	13.215.089	482.877	25
Bolívar	13.215.089	178.089	10
Chimborazo	13.215.089	432.711	20
Cañar	13.215.089	221.045	10
Azuay	13.215.089	654.684	30
Loja	13.215.089	427.520	20
Esmeraldas	13.215.089	423.564	20
Manabí	13.215.089	1.282.440	60
Los Ríos	13.215.089	716.106	35
Guayas	13.215.089	3.541.475	120
El Oro	13.215.089	583.797	30
Galápagos	13.215.089	21.376	10
Sucumbíos	13.215.089	152.587	10
Orellana	13.215.089	103.032	10
Napo	13.215.089	91.041	10
Pastaza	13.215.089	71.565	10
Morona Santiago	13.215.089	127.496	10
Zamora Chinchipe	13.215.089	83.652	10
<b>TOTAL</b>			<b>600</b>





## Temas III Congreso por la Salud y la Vida Cuenca 2007

### Responsabilidad para la elaboración de documentos por tema

**Rendición de Cuentas:** El Derecho Ciudadano a la información (CONASA)

**Mesa 1:** Derecho a una atención digna y de calidad (Rectoría MSP/SNS) OPS/OMS

**Mesa 2:** Derecho a una atención digna y de calidad (Modelo de gestión y atención) OPS/OMS

**Mesa 3:** Financiamiento en salud (UNICEF/CONASA)

**Mesa 4:** Derecho a la salud y Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (SDSR) UNFPA

**Mesa 5:** Derecho a un trabajo digno y bien remunerado (Carrera Sanitaria) CONASA

### Equipos técnicos para trabajo en provincias

Equipo 1	Equipo 2
Dra. Marcia Brito	Dra. Narcisca Calahorrano
Lcda. María Isabel Cabrera	Dra. Sandra Jaramillo
Ing. Gustavo Vizcaíno	Dra. Lilián Calderón
Dra. Irina Almeida	Dra. Amparo Herrera
Equipo técnico de apoyo CONASA CONARHUS	Equipo logístico CONASA
Dr. Jorge Albán Villacís	Lcda. Inés León
Dr. Milton Gross	Lcda. María Isabel Cabrera
Dra. Magdalena Galindo	Sra. Eblin Armijos
Dra. Jenny de Mori	Sra. Genoveva Merizalde

### Equipo de apoyo interinstitucional

Dr. Edmundo Granda	OPS/Organización Mundial de la Salud
Dr. Víctor Araúz	OPS/Organización Mundial de la Salud
Dra. Amparo Herrera	OPS/Organización Mundial de la Salud
Dr. César Hermida	UNFPA
Dra. Marcia Brito	Ministerio de Salud Pública
Dr. Víctor Tapia	MSP-Subsecretaría Región Costa e Insular

### Equipo Nacional de Sistematización

Tema 1	Dr. Granda/Dra. Calahorrano /Dra. Brito
Tema 2	Dr. Araúz/Lcda. Cabrera/Dra. Jaramillo
Tema 3	Dr. Váscenez/Ing. Vizcaíno
Tema 4	Dr. Hermida/Dra. Calderón
Tema 5	Dr. Gross/Dra. Galindo/Lcda. León



<b>Temas</b>	<b>Loja (5/03)</b>	<b>Zamora (6/03)</b>	<b>Esmeraldas (9/03)</b>	<b>Azuay (12/03)</b>
<b>Información</b>	Dra. Calderón	Dra. Calahorrano	Dra. Almeida	Dra. Almeida
1	Dra. Calahorrano	Dra. Calahorrano	Dr. Tapia	Dra. Brito
2	Dra. Jaramillo	Dra. Jaramillo	Lcda. Cabrera	Dra. Almeida
3	Ing. Vizcaino	Dra. Calderón	Ing. Vizcaino	Ing. Vizcaino
4	Dra. Almeida	Lcda. Cabrera	Dra. Almeida	Lcda. Cabrera
5	Dr. Gross	Dra. De Mori	Dra. Galindo	Dr. Gross
<b>Temas</b>	<b>Cotopaxi (13/03)</b>	<b>Tungurahua (14/03)</b>	<b>Chimborazo (15/03)</b>	<b>Bolívar (16/03)</b>
<b>Información</b>	Dra. Almeida	Lcda. Cabrera	Dra. Almeida	Lcda. Cabrera
1	Dra. Brito	Dra. Brito	Dra. Brito	Dra. Brito
2	Lcda. Cabrera	Lcda. Cabrera	Lcda. Cabrera	Lcda. Cabrera
3	Dra. Almeida	Dra. Almeida	Dra. Almeida	Dra. Almeida
4	Dr. Moreta	Dr. Moreta	Dr. Inca	Dr. Inca
5	Dr. Galindo	Dr. Galindo	Dr. Galindo	Dr. Galindo
<b>Temas</b>	<b>Morona (12-13-14/03)</b>	<b>Manabí (16/03)</b>	<b>Carchi (19/03)</b>	<b>Imbabura (20/03)</b>
<b>Información</b>	Dra. Calderón	Dra. Jaramillo	Dra. Almeida	Lcda. Cabrera
1	Dra. Calahorrano	Dra. Jaramillo	Dra. Brito	Dra. Brito
2	Dra. Jaramillo	Dr. Tapia	Lcda. Cabrera	Lcda. Cabrera
3	Dr. Freire	Ing. Vizcaino	Dr. Gross	Dr. Gross
4	Dra. Calderón	Dr. Hermida	Dra. Almeida	Dra. Almeida
5	Dra. De Mori	Dra. Calderón	Dr. Galindo	Dr. Galindo

Temas	Guayas (20/03)	Los Ríos (21/03)	El Oro (22-23/03)	Cañar (22/03)
<b>Información</b>	Dra. Calderón	Dra. Calderón	Dra. Calderón	Dra. Almeida
1	Dr. Tapia	Dr. Tapia	Dr. Tapia	Dr. Brito
2	Dra. Jaramillo	Dra. Jaramillo	Dra. Jaramillo	Lcda. Cabrera
3	Dra. Herrera	Dra. Herrera	Dra. Herrera	Ing. Vizcaino
4	Dra. Calderón	Dra. Calderón	Dra. Calderón	Lcda. Cabrera
5	Dra. De Mori	Dra. De Mori	Dra. De Mori	Dr. Galindo
<b>Temas</b>	<b>Pichincha (23/03)</b>	<b>Galápagos (26-27/03)</b>	<b>Orellana (26-27-28/03)</b>	<b>Sucumbios (26-27/03)</b>
<b>Información</b>	Lcda. Cabrera	Subsecretaría Costa	Dra. Almeida	Dra. Calderón
1	Dr. Granda / Dra. Brito	Subsecretaría Costa	Dra. Brito	Dra. Jaramillo
2	Lcda. Cabrera / Dra. Jaramillo	Subsecretaría Costa	Lcda. Cabrera	Dra. Calderón
3	Ing. Vizcaino	Subsecretaría Costa	Dr. Freire	Dra. Herrera
4	Dr. Hermida / Dra. Almeida	Subsecretaría Costa	Dra. Almeida	Dr. Freire
5	Dra. Galindo	Subsecretaría Costa	Dr. Gross	Dra. Galindo
<b>Temas</b>	<b>Pastaza (29-30/03)</b>	<b>Napo (28-29-30/03)</b>		
<b>Información</b>	Dra. Almeida	Dra. Calderón		
1	Dra. Brito	Dra. Jaramillo		
2	Lcda. Cabrera	Dra. Calderón		
3	Ing. Vizcaino	Dra. Herrera		
4	Dra. Almeida	Dr. Freire		
5	Dr. De Mori	Dra. Galindo		



---

## **Materiales a entregar en los talleres pre-Congreso**

---

Política Nacional de Medicamentos  
Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos. VI revisión

---

Revista COMUNICAR: Planes Decenales de Salud  
Marco General de la Reforma de Salud en el Ecuador

---

Política Nacional de Investigación en Salud  
Empleo de RRHH

---

Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos  
Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud

---

Guía metodológica para la conformación de los Consejos de Salud  
Plan de acción de la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

---

Registro Médico Orientado por Problemas. Reforma de formularios básicos HCU

---

---

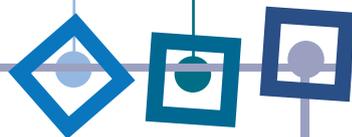
## **Fuentes de financiamiento**

---

- Consejo Nacional de Salud
  - Ministerio de Salud Pública
  - Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
  - OPS/OMS Representación Ecuador
  - UNFPA
  - UNICEF
  - Proyecto de Salud Integral de Esmeraldas
  - Recursos propios de cada provincia
-



# TERCERA FASE



**III CONGRESO POR LA SALUD Y LA VIDA**  
**DR. CÉSAR HERMIDA PIEDRA**



**CONCERTACIÓN CIUDADANA EN SALUD HACIA LA  
ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE**

CUENCA, 9 AL 11 DE ABRIL DEL 2007

# CONCERTACIÓN CIUDADANA EN SALUD

HACIA LA ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE

Doctora  
Caroline Chang Campos  
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA  
Cuenca, 16 de marzo de 2007

De mi distinguida consideración:

La Ilustre Municipalidad de Cuenca ha programado la realización en Cuenca del III Congreso Nacional por la Salud y la Vida; tan importante evento podría tener la nominación del eminente médico cuencano Doctor César Hermida Piedra; quien, como catedrático, hombre de ciencia e investigador, supo sentar en Cuenca base para un conocimiento cabal de la medicina, y de su historia. Los méritos que aquilatan el nombre de tan insigne caballero son múltiples y, la colectividad cuencana vería con sumo grado la nominación antes mencionada.

Ruego a Usted se digne considerar este pedido que lo hago como Alcalde de Cuenca y a nombre de la I. Municipalidad que me digno representar.

Al tiempo de agradecer la favorable acogida al presente, aprovecho la oportunidad para expresar el testimonio de mi más distinguida consideración.

Muy atentamente,



Ing. Marcelo Cabrera Palacios  
**ALCALDE DE CUENCA**

# CONCERTACIÓN CIUDADANA EN SALUD

109

HACIA LA ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE

Doctor  
Jorge Albán Villacís  
DIRECTOR DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD  
Cuenca, 16 de marzo de 2007

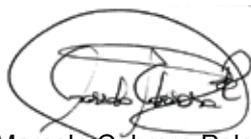
De mi distinguida consideración:

Me he dirigido a la Señora Ministra de Salud Pública, solicitando que el III Congreso Nacional por la Salud y la Vida, evento que se llevará a cabo en la ciudad de Cuenca; lleve el nombre del Doctor César Hermida Piedra, eminente médico cuencano quien, como catedrático, hombre de ciencia e investigador, supo sentar en Cuenca base para un conocimiento cabal de la medicina, y de su historia. Los méritos que aquilatan el nombre de tan insigne caballero son múltiples y, la colectividad cuencana vería con sumo grado la nominación antes mencionada.

Ruego a Usted se digne considerar este pedido que lo hago como Alcalde de Cuenca y a nombre de la I. Municipalidad que me digno representar.

Al tiempo de agradecer la favorable acogida al presente, aprovecho la oportunidad para expresar el testimonio de mi más distinguida consideración.

Muy atentamente,



Ing. Marcelo Cábrera Palacios  
**ALCALDE DE CUENCA**



# CONCERTACIÓN CIUDADANA EN SALUD

HACIA LA ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE

Señor Ingeniero  
Marcelo Cabrera Palacios  
ALCALDE DE CUENCA  
Quito, 26 de marzo de 2007

De mi consideración:

En respuesta a su comunicación 1591 de 16 de marzo del presente año, y en consideración a las razones expuestas por usted, acepto su petición para el III Congreso Nacional por la Salud y la Vida a realizarse en la ciudad de Cuenca entre el 9 y 11 de abril se nomine con el nombre del Doctor César Hermida Piedra.

Hago propicia la ocasión para reiterar mis sentimientos de consideración.

Atentamente,



Dra. Carolina Chang Campos  
**MINISTRA DE SALUD PÚBLICA**

cc. Dr. Jorge Albán, Director Ejecutivo CONASA

### Semblanza

## Dr. César Hermida Piedra

Nació en 1912. Sus estudios los realiza en la Escuela de los Hermanos Cristianos y Colegio "Benigno Malo", siendo condecorado como el mejor estudiante, por este colegio.

Estudia Medicina entre los años de 1937 y 1944, siendo Presidente de la "Asociación Escuela de Medicina".

En junio de 1944 es nombrado profesor de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, en Anatomía Descriptiva y Comparada, y luego en Fisiología y Biología.

Concejal del Municipio en 1944. En 1956 recibe un curso de Fisiología en Panamá y en 1957 igual curso en Concepción, Chile.

Fundador de LEA en 1947, siendo su Director en 1970. En 1974 Profesor Principal de Historia de la Medicina, Medicina Legal y Deontología. En 1976 fue fundador de la primera agrupación de "Alcohólicos Anónimos".

Presea "Timoleón Carrera Cabos", conferida en 1978 por el Colegio de Médicos del Azuay. Fundador y Primer Presidente de la "Sociedad Ecuatoriana de Historia de la Medicina".

En 1985 profesor investigador del IDICSA (Instituto de Investigaciones de las Ciencias de la Salud). En 1989 se nombra a la Biblioteca del Colegio de Médicos como Biblioteca "César Hermida Piedra" igual nominación al mejor trabajo del Certamen de Investigación de Casa Abierta de la Facultad de Ciencias Médicas.



En 1990 presea "Municipalidad de Cuenca" otorgada por el I. Concejo Cantonal de Cuenca. En 1993 Profesor Honorario de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca. Consejero provincial en 1996. Fundador de la Revista "Ateneo" del Colegio de Médicos, Cronista de "El Mercurio", "El Tiempo", "El Comercio", Revista "Anales de la Universidad de Cuenca".

Miembro de la Casa de la Cultura, Vocal del Directorio en 1991. Publicaciones: "Apuntes para la Historia de la Medicina en el Azuay", (1952). "Schweitzer, un soplo divino sobre el barro humano", (1963). "Poesía Médica Cuencana", (1964). "Evolución de los Congresos Médicos", (1965). "La Medicina en el Azuay", Monografías (1973). "El Hospital de Cuenca, Datos Históricos" (1977). "Resumen de la Historia de la Medicina Ecuatoriana" (1977). "Estudio sobre Carlos Aguilar Vásquez" (1986). Coautor del estudio "La Práctica Médica Tradicional" (1988). "Crónicas de la Facultad de Ciencias Médicas" (1993). "Medicina y Literatura" (1996).



# CONCERTACIÓN CIUDADANA EN SALUD

HACIA LA ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE

## Agenda III Congreso por la Salud y la Vida

Cuenca, 9 al 11 de abril de 2007

### Lunes 9 de abril de 2007

**8H00-9H00** Inscripciones

**9H00-10H00** Acto inaugural

Bienvenida  
Ing. Marcelo Cabrera  
Alcalde de la ciudad de Cuenca

Intervención  
Ing. Paúl Carrasco  
Prefecto de la Provincia del Azuay

Intervención  
Dr. Jorge Albán Villacís  
Director Ejecutivo del CONASA

Intervención  
Dr. Jorge Luis Prospero  
Representante OPS/OMS en el Ecuador

Intervención  
Sra. Mercedes Borrero  
Representante UNFPA en el Ecuador

Intervención  
Dr. Wellington Sandoval Córdova  
Presidente del Consejo Directivo del Instituto  
Ecuatoriano de Seguridad Social

Dra. Caroline Chang Campos  
Ministra de Salud Pública  
Presidenta del Consejo Nacional de Salud

**10H00-10H30** Pausa café

**10H30-11H30** Dra. Caroline Chang C.  
Ministra de Salud Pública  
Presidenta del Consejo  
Nacional de Salud  
La Protección Social  
en Salud: acceso, fi-  
nanciamiento y solida-  
ridad en el marco de  
la Asamblea Nacional  
Constituyente

**11H30-12H00** Ec. Mauricio León  
Viceministro de  
Bienestar Social  
Programas orientados  
hacia la superación de  
la exclusión social

**12H00-13H00** Ec. Ricardo Patiño  
Ministro de Economía  
y Finanzas  
La necesidad de un  
pacto fiscal para ga-  
rantizar la protección  
social

**13H00-15H00** Almuerzo

- 15H00-15H30** Dr. Wellington Sandoval Córdova  
Presidente del Consejo Directivo del IESS  
La Seguridad Social como elemento fundamental de la protección ciudadana
- 15H30-17H30** Panel foro
- Armonización de la protección social en el marco de la Asamblea Nacional Constituyente: la visión de los actores
- Lcdo. Edgar Saravia  
Presidente de la Confederación Nacional Jubilados y Pensionistas de Montepío del Ecuador
- Sra. Nidia Pesántez  
Consejo Nacional de Mujeres
- Sra. Rosa López  
Comité de Usuaris y Usuarios de la LMGYAI
- Dr. Ramiro Cazar Flores  
Director Ejecutivo del CONADIS
- Dra. Nancy Vásconez  
Directora General de Salud
- Dr. Juan Vásconez  
Oficial de Salud de UNICEF  
Moderador
- 17H30-18H00** Lic. Lenín Moreno Garcés  
Vicepresidente Constitucional de la Republica del Ecuador  
La visión estratégica del Gobierno Nacional para garantizar la Extensión de la Protección Social
- 20H00-22H00** Cena de bienvenida

## Martes 10 de abril de 2007

- 9H00 - 9H30** Sr. Manuel Gualán  
Dirigente de Salud y Nutrición de la CONAIE
- 9H30-10H00** Dr. Duval Yáñez  
Director Regional de Trabajo  
La Protección Laboral Solidaria en el marco de la Asamblea Nacional Constituyente
- 10H00-11H00** Panel foro
- Armonización de la protección social en el marco de la Asamblea Nacional Constituyente: la visión de la cooperación externa
- Dr. Jorge Luis Prospero  
Representante OPS/OMS en el Ecuador
- Sra. Mercedes Borrero  
Representante UNFPA en el Ecuador
- Dr. Juan Vásconez  
Oficial de Salud de UNICEF en el Ecuador
- Dr. Patricio Yépez  
Organismo Regional Andino de Salud
- Dr. José Tonello  
Director Ejecutivo Fondo Ecuatoriano Populorum Progressio  
Moderador
- 11H00-11H15** Proyecto de Salud Integral de Esmeraldas PSIE: Modelo de calidad de atención y gestión hacia la extensión de la protección social en salud. Dr. Eduardo Verdesoto
- 11H15-11H30** Pausa café
- Mesas de trabajo

**11H30-14H00 Presentación y análisis de las propuestas**

**Mesa 1:** Derecho a una atención digna y de calidad

- El marco legal y normativo
- La función de rectoría del Ministerio de Salud Pública y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.

**Mesa 2:** Derecho a una atención digna y de calidad

- Los modelos de atención
- La modelos de gestión

**Mesa 3:** Derecho a una atención digna y de calidad

- Financiamiento en salud

**Mesa 4:** Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

- Veeduría y participación social
- Cuidados obstétricos y neonatales

**Mesa 5:** Derecho a un trabajo digno y bien remunerado en función de una atención de calidad y calidez

- La Carrera Sanitaria

**14H00-15H00** Almuerzo

**15H00-17H00** Continuación de las mesas de trabajo

Finalización de documentos y preparación de propuestas para Declaración de Cuenca que incluya los temas para la Asamblea Nacional Constituyente

**17H00-18H00** Plenaria de presentación de las mesas de trabajo

Dr. Edgar Rodas  
Decano de la Facultad de Medicina  
Universidad del Azuay  
Moderador

**18H00-19H00** Presentación de la Declaración de Cuenca

**20H00-22H00** Programa especial  
Noche Cuencana - Quinta San Joaquín

**Miércoles 11 de abril del 2007**

**10H00-10H30** La Cooperación Técnica Internacional en la Solidaridad  
Dr. Miguel Márquez

**10H30-11H00** Agenda de Salud de las Américas  
Dra. Mirta Roses  
Directora General de la OPS/OMS

**Sesión solemne de clausura**

**11H00-11H15** Firma de Convenios  
Ministerio de Salud Pública - UNFPA  
Consejo Nacional de Salud - UNFPA

**11H15-11H30** Intervención  
Dra. Mirta Roses  
Directora General de la OPS/OMS

**11H30-11H45** Cuenca: ciudad universitaria, saludable y patrimonio  
Dr. David Ordoñez  
Director del Consejo Cantonal de Salud de Cuenca

**11H45-12H00** Intervención  
Ing. Paúl Carrasco  
Prefecto de la Provincia del Azuay

**12H00-12H30** El III Congreso por la Salud y la Vida como proceso de concertación ciudadana en salud. Entrega de la Declaración de Cuenca  
Dr. Jorge Albán Villacís  
Director Ejecutivo del CONASA

**12H30-13H00** Clausura del III Congreso por la Salud y la Vida  
Dra. Caroline Chang Campos  
Ministra de Salud Pública  
Presidenta del Consejo Nacional de Salud



PROPUESTA PARA LA ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE







## Mesas de trabajo

### Recomendaciones para el

### Plan de Acción 2007-2009

#### Mesa 1: El Derecho a una atención digna y de calidad

##### El Sistema Nacional de Salud y la Extensión de la Protección Social en el Ecuador

**El marco legal y normativo;** (Sección I dedicada a la salud en la Constitución, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud)

**Dimensiones de la función de rectoría para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud** (Conducción, Regulación, Garantía de Acceso Equitativo, Armonización de la Provisión de Servicios, Desarrollo de las Funciones esenciales de Salud Pública)

#### 1. Marco legal y normativo

- Que se conozcan y cumplan de modo efectivo y severo las normativas constitucionales y legales relacionadas con la salud.
- Incluir acciones y recursos para desarrollar procesos de capacitación en relación con el marco legal y normativo de salud.
- Perfeccionamiento del marco legal y la capacidad institucional para el ejercicio de la Rectoría.

#### 2. Conducción sectorial

- El rol del MSP debe enfocarse al ejercicio de las actividades conducentes a la construcción del sistema nacional de salud en el Ecuador. Identificando los factores que han limitado el cumplimiento de este rol.

- Los CCS cumplan con la regulación y certificación de los Servicios de Salud.
- El diseño de la infraestructura física sanitaria sea definido por el nivel Provincial de acuerdo a la realidad local.
- Necesidad de procesos de rendición de cuentas en el sistema de salud e incorporación de sanciones por el incumplimiento de las leyes.
- Reconocer a los promotores de salud como un recurso humano dentro de la estructura del sistema de salud.
- La política actual debe ser el concienciar a la ciudadanía respecto a métodos de prevención para evitar enfermedades.
- Que se fortalezca y estimule desde la Autoridad Sanitaria Nacional, la participación responsable de los Consejos Cantonales de Salud.
- Definición de normativas, estándares e indicadores de medición por la autoridad sanitaria para su aplicación en el nivel local.
- Generar estrategias para licenciar y evaluar a todas las unidades de salud a nivel local. Esta evaluación debe ser una función del Consejo de Salud y reportado al MSP, para la emisión de certificados o sanciones según corresponda.

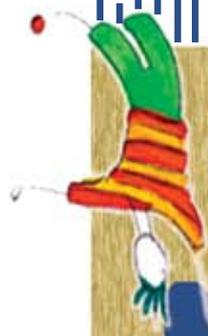
- Se debe realizar una distribución equitativa y zonificada de los servicios de tercer nivel.
  - Promover la elaboración de planes locales de salud con la participación de todos los actores, a través de los Consejos de Salud.
  - Fomentar veedurías sociales, en las que la comunidad se incluye tanto en el proceso de planificación como en la ejecución de acciones de promoción y prevención, y evaluación de las acciones propuestas e implementadas.
  - Ampliar los criterios de distribución, tanto presupuestaria como de personal. Tomar en cuenta criterios como la: geográfica, poblacional y los indicadores de pobreza.
  - Es necesario que en cada cantón y provincia tengan un plan de salud y en el que se incluyan las acciones y recursos de la cooperación externa (OCI, ONG's u otras).
  - Los gobiernos seccionales deben generar estrategias que permitan priorizar las necesidades de las comunidades abandonadas y los espacios de concertación local (juntas parroquiales).
- Organizar el sistema local de salud con la participación de actores públicos y privados, bajo el liderazgo del MSP.
  - Desarrollar un sistema que permita analizar los costos de los servicios, para optimizar el uso adecuado de recursos.

### 3. Regulación del sector

- Difundir las leyes a cada actor del sistema de salud, para su aplicación. Incluye la difusión de derechos y deberes.
- Es necesario hacer reformas a la Ley Orgánica de Salud para efectivizar el control y regulación desde las provincias y los cantones.
- Regulación y control de planes de aseguramiento público y privado.
- Elección del directivo provincial de salud a través de concurso de merecimientos y oposición.
- Las acciones de regulación deben ser asumidas por personas idóneas.
- Apoyar a una reestructuración funcional del MSP, partiendo de un modelo técnico operativo.

### 4. Armonización de la provisión

- Definir el plan de intervención de las ONG's e instituciones públicas y privadas para optimizar los programas de salud.
- Identificar el rol de las instituciones para que se complementen las acciones en beneficio de la salud.
- Organizar los recursos materiales, financieros y humanos con que se cuenta en la localidad para su mejor utilización.



## Mesa 2: Modelo de atención y de gestión para la extensión de la protección social en salud

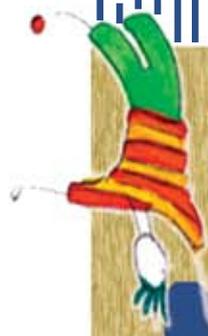
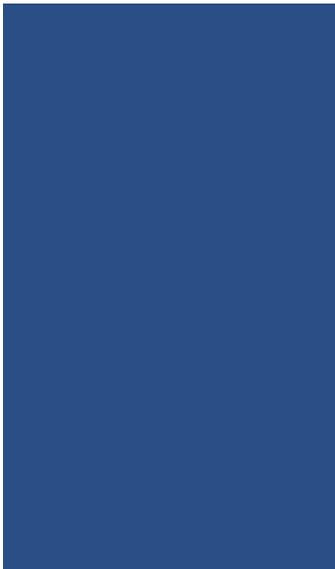
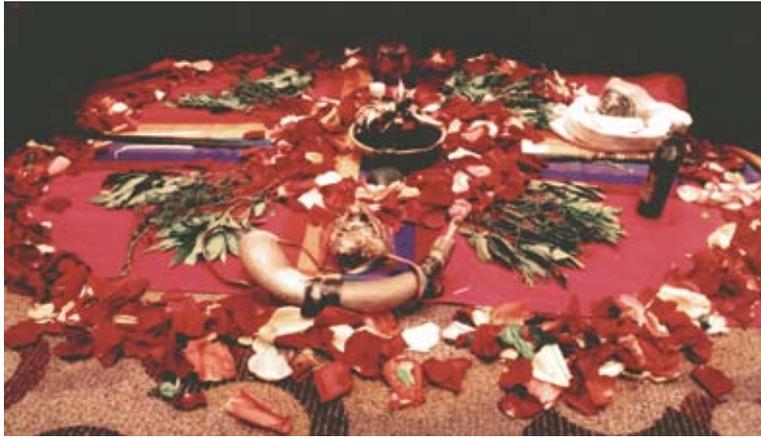
### 1. Modelo de atención consensuado

- Constituye política de Estado garantizar el derecho a la salud. La salud será considerada un bien social y no objeto de lucro. Se desarrollará en base a un modelo de atención que funcione bajo los principios de universalidad, gratuidad, equidad, calidad e integralidad. Ninguna persona será objeto de discriminación por su condición económica, social, étnica, cultural, de género, generacional, opción sexual, discapacidades o cualquier otro tipo; la atención de la salud será humanizada y digna.
- Las acciones de salud se desarrollarán en los ambientes familiar, laboral y comunitario, con énfasis en la Atención Primaria, promoción y prevención de la salud. Considerará a la persona como un ser holístico en sus dimensiones bio-psico-social, emocional, cultural, ecológica y espiritual; promoverá la complementariedad intercultural y la articulación de la medicina Occidental y las Medicinas Tradicional y Alternativas.
- El modelo de gestión se organizará desde la demanda y la realidad local, regional y nacional, bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública. Los recursos se distribuirán equitativamente considerando las zonas y grupos poblacionales en riesgo por condiciones que afectan la salud sean estas naturales, sociales, económicas, ambientales o geográficas (zonas de frontera). Se coordinará con las instituciones del sector salud, educación y ambiente para la optimización en el uso de recursos.
- Su gestión será desconcentrada, descentralizada y participativa en el marco del Sistema Nacional de Salud.
- Se promoverá la participación social para el ejercicio de derechos, la toma de decisiones y el control de la gestión con el fin de evitar actos de corrupción para lo que se conformarán veedurías ciudadanas y procesos de rendición de cuentas.

### Lineamientos para el Plan de Acción 2007-2009

1. El modelo de atención consensuado en el III Congreso por la salud y la Vida se constituirá en el Modelo de Atención con el que funcionarán las instituciones públicas y privadas del Sistema nacional de Salud, bajo la rectoría del MSP.
2. Reforma de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud que garantice la participación obligatoria de todas las instituciones que forman parte del Sistema. Todas las instituciones del sector tendrán la obligación de transparentar sus recursos con el fin de garantizar equidad en el uso de los mismos.
3. Despolitización del Sector Salud. Las Direcciones técnico-administrativas en todos los niveles de atención, serán designadas a los/ las profesionales que se presenten a concursos de merecimiento, bajo el control de la ciudadanía.

4. Reestructuración técnica - administrativa del Ministerio de Salud Pública (reingeniería de procesos).
5. Reordenamiento de las Áreas de Salud de acuerdo a requerimientos locales.
6. Distribución equitativa de las Unidades de Salud del Ministerio y de otros proveedores de servicio que conforman el sistema.
7. Conformación y funcionamiento de Red de Servicios integral, integrada e intercultural, con la articulación funcional y operativa de las instituciones públicas y privadas prestadoras de salud, en el marco del Sistema Nacional de Salud.
8. La gestión se organizará desde la demanda y la realidad local, regional o nacional. Se distribuirán equitativamente los recursos considerando las zonas y grupos poblacionales en riesgo sean estos naturales, sociales, ambientales o de frontera.
9. Mejorar la capacidad resolutive de los servicios de salud en los tres niveles de atención a través de procesos acreditación, licenciamiento, y aplicación de normas ISO con el propósito de garantizar: el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia, la ampliación de coberturas y una atención digna y de calidad.
10. Conformación y funcionamiento de los Consejos Cantonales y Provinciales de Salud en los cantones y provincias en los que no se han constituido y la elaboración participativa de los Planes Cantonales y Provinciales de salud.
11. Se promoverá la participación social y ciudadana para el ejercicio de derechos, la toma de decisiones y el control de la gestión con el fin de evitar actos de corrupción, para lo que se conformarán veedurías ciudadanas y se generarán procesos de rendición de cuentas.



### Mesa 3: Financiamiento para garantizar la extensión de la protección social en salud

#### Premisas

- Considerar al acceso equitativo y universal como eje para una política de financiamiento sustentable en el sector salud.
- Necesidad de integrar un solo Sistema de Salud, utilizando y optimizando los recursos de todas las instituciones.
- El Estado, a través del Ministerio de Salud Pública, como responsable de la salud colectiva y la rectoría del Sistema Nacional de Salud.

#### Objetivos del financiamiento

- Promover el desarrollo de un sistema de seguridad social en salud de carácter público basado en aporte fiscales del Presupuesto General del Estado, que asegure el acceso universal y gratuito (sin pago directo por el usuario) de la población a una red nacional de servicios integrales de salud tanto preventivos como curativos.
- Mejorar la equidad en el acceso a los bienes y servicios integrales de salud asegurando el financiamiento a los sectores sociales más vulnerables de las áreas rurales y urbano marginales, minorías étnicas, de zonas de desplazamiento y fumigación, grupos no contactados, y pertenecientes a los quintiles de mayor pobreza.
- Aumentar la efectividad de la inversión en salud, priorizando el financiamiento de las acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y garantizando buenos niveles de calidad en la atención hospitalaria de tercer nivel.
- Establecer mecanismos de coordinación, cooperación y complementación entre las instituciones del sector salud (especialmente del IESS y el MSP) a fin de evitar la duplicación de servicios, optimizar la capacidad instalada y el buen uso de los recursos.

#### Fuentes de financiamiento

- Establecer fuentes de financiamiento estables (fuentes seguras) para la salud que procedan básicamente del cobro de impuestos relacionados con el consumo de alcohol, cigarrillos, consumos suntuarios y de empresas cuyas actividades económicas y productivas afecten a la salud y el medio ambiente.
- Considerar como fuente de financiamiento, los beneficios de los procesos de renegociación de la deuda externa, así como el producto de las condonaciones y donaciones internacionales para su inversión en salud.

- Promover que los organismos seccionales y especialmente los Municipios, una mayor inversión en agua potable, alcantarillado, saneamiento ambiental y otras actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en beneficio de la salud colectiva.
- Limitar o abolir el endeudamiento externo como fuente de financiamiento de los servicios de salud.
- Implementar un sistema de información continuo sobre financiamiento y gasto en salud.

#### Mecanismos de financiamiento

- Crear un Fondo Nacional de Salud (FNS) con la participación de las entidades públicas del Sistema, con la rectoría del Ministerio de Salud Pública y de gestión desconcentrada.
- Asignación y utilización presupuestaria de acuerdo a otros requerimientos que no sean solamente geográficos (desterritorialización) y que incluya los siguientes criterios:
  - Tamaño de población
  - Índices de pobreza (quintiles)
  - Inseguridad social
  - Coberturas en salud
  - Ingreso per-cápita
  - Riesgos epidemiológicos
  - Resultados de gestión
  - Grupos vulnerables
  - Destinar un monto fijo en el presupuesto de salud para gastos administrativos y otro para acciones propiamente de salud (para evitar que el mayor porcentaje se destine a sueldos)

#### Gestión presupuestaria

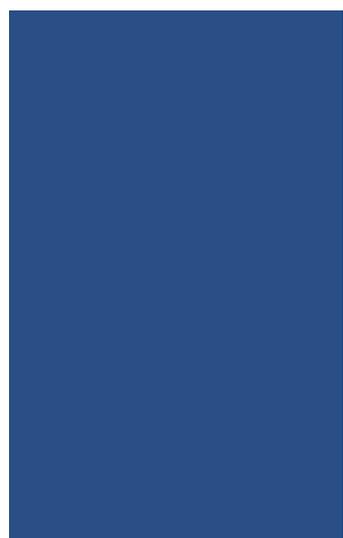
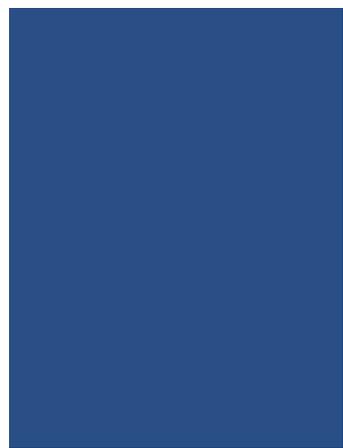
- Establecimiento de acuerdos con el Ministerio de Economía y Finanzas para agilizar la ejecución presupuestaria, sin tantas trabas burocráticas o retenciones inconsultas.

- Lograr que tanto las instituciones financieras como las que manejan presupuestos centralizados, la transferencia automática de los recursos presupuestarios a fin de asegurar flujos permanente y oportunos a nivel operativo.
- Revisión de las leyes Trole o de Transparencia Fiscal, a fin de viabilizar la reasignación de recursos presupuestarios.
- Exigencia de rendición de cuentas periódica a las instituciones públicas y semipúblicas y otras que manejen recursos del estado.
- Creación de Veedurías ciudadanas para el seguimiento y control del gasto en salud.

### Otras propuestas

- Promover la formación y capacitación de recursos humanos en Economía de la Salud.
- Propiciar el desarrollo del Sistema de Cuentas Cantorales en Salud para disponer de información sobre el gasto y financiamiento a nivel local.
- Crear veedurías para el control de la administración financiera en los diferentes niveles de las entidades públicas del sector salud.
- Reorientar los recursos financieros mayormente dedicados a la recuperación y alta tecnología a fin de priorizar la inversión en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Asegurar financiamiento para poblaciones más vulnerables y desprotegidas, así como para fortalecer programas de salud pública, en Especial para cubrir las denominadas “enfermedades olvidadas” (Chagas, Malaria, Leishmaniasis, etc.)
- Que se haga efectiva la Constitución y la Ley del Seguro Social vigentes para ampliar la cobertura del aseguramiento en salud a los cónyuges e hijos/as menores de 6 años y luego su extensión a los hijos/as menores de 18 años.





## Mesa 4: Salud y Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

### 1. Plan SDSR

- Incluir el Plan de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en la planificación de las instituciones que forman el Sistema, en los planes cantonales y provinciales de salud.
- Ratificar y reforzar las acciones y procesos orientados a respetar y difundir los derechos de las mujeres, niñas y niños y sus familias.
- Fortalecer las instancias y los procesos de veeduría ciudadana y rendición de cuentas.

### 2. Aplicación del programa de reducción de muerte materna en sus 5 ejes

- El Ministerio de Salud Pública dictará, vigilará y regulará el cumplimiento de las normas actualizadas y protocolizadas de las mujeres, niños, niñas y adolescentes, y de las enfermedades en etapa gestacional en las instituciones de salud públicas y privadas.
- Investigar, socializar y realizar el seguimiento de las muertes maternas.
- Implementar bancos de sangre a nivel cantonal y provincial.
- Dotar a las unidades operativas de los recursos suficientes y necesarios para que brinden cuidados obstétricos y neonatales esenciales y completos.
- Reactivar los Comités de Vigilancia de la Mortalidad Materna Hospitalario que incluyan a las usuarias y establezcan claramente sanciones a los responsables en el caso de una muerte materna.
- Exigir a los municipios el cumplimiento de sus responsabilidades asignadas en la LMGYAI, particularmente el traslado de emergencias.

### 3. Organización y funcionamiento de los comités de vigilancia de la muerte materna en los cantones

- Exigir a la autoridad sanitaria local la conformación, el fortalecimiento y la reactivación de los comités de Vigilancia de la Mortalidad Materna Cantonales que incluyan a las usuarias, al representante del registro civil y establezcan claramente sanciones a los responsables en el caso de una muerte materna.
- Exigir a los municipios el cumplimiento de sus responsabilidades asignadas en la LMGYAI particularmente el traslado de emergencias.

- Incorporar la rendición de cuentas de las instituciones prestadoras de salud y levantar sumarios éticos, técnicos y administrativos de cada muerte materna que ocurra en sus servicios.
- Contemplar un mecanismo jurídico que permita que los Consejos Cantonales y Provinciales de salud asuman estas atribuciones.

### 5. Organización y funcionamiento de los consejos cantonales y provinciales

- Establecer en el CONASA un sistema de evaluación del nivel de conformación y funcionamiento de los Consejos Cantonales y Provinciales de Salud.
- Monitoreo y seguimiento desde el Consejo Provincial de Salud hacia los Consejos Cantonales del avance y cumplimiento de los planes de salud.
- Conformación de la red plural de servicios con el apoyo del Consejo Provincial de Salud.
- Redefinir las funciones del Consejo Cantonal de Salud para que sea la instancia que coordine con los diferentes organismos la dotación de recursos humanos las 24 horas.
- Apoyar desde el Consejo Cantonal de Salud la conformación y el fortalecimiento de los Comités de usuarias, prevista en la LMGYAI.

### 6. Red plural de servicios de CONE Y CONA

- Establecer en el Consejo Provincial de Salud la red plural con instituciones públicas, privadas, fisco-misionales y de organizaciones sociales comunitarias con la rectoría del MSP.
- Elaborar un PLAN de vinculación, coordinación, complementariedad y de recursos, en el cual este integrada la participación comunitaria.
- Establecer convenios de cooperación para ampliación de coberturas entre las instituciones prestadoras de servicios.



- Disponer de estándares del Sistema Nacional de Salud, para unificar criterios y optimizar recursos, que puedan orientar a los Consejos Cantonales y Provinciales de Salud y no se produzcan duplicación de acciones.
- Articulación de los Comités de Gestión de Usuarias de la ley de Maternidad Gratuita y de vigilancia de la Mortalidad Materna para el cumplimiento del CONE y CONA.
- Organización de los servicios de acuerdo al nivel resolutivo y establecer un verdadero sistema de Referencia y Contrarreferencia en el que estén integrados los agentes comunitarios de salud.
- Formar los CONE y CONA donde existan, dotando de personal necesario, equipamiento, materiales, medicinas e insumos médicos y capacitación al personal.
- Impulsar las microrredes que trabajan a nivel local y establecer nudos claves dentro de estas redes.
- Dotar a las redes de un sistema de radio para comunicación oportuna desde los lugares de difícil acceso y establecer un sistema de ambulancias con ubicación estratégica.
- Creación de un sistema de salud móvil aéreo que en forma periódica llegue a los sectores más alejados.
- Establecer un sistema de vigilancia comunitaria para facilitar el transporte de emergencias.
- La red debe tender a mejorar y gestionar la creación de medios de comunicación, vías de acceso y construcción de pequeñas pistas de aterrizaje para poder acceder a lugares alejados, que garantice la información y transporte oportuno de las emergencias.

## 7. Comités de usuarias de salud

- La conformación y funcionamiento de los Comités de Usuaris/os de la LMGYAI es un requisito indispensable para su cumplimiento. En el país pocas son las provincias que cuentan con este espacio de veeduría social.
- Impulsar la conformación y funcionamiento de los Comités de Usuaris/os de la LMGYAI desde el nivel parroquial con el asesoramiento del CONAMU como lo establece la Ley, para lo que se designará un presupuesto para este efecto.
- Conformación de Red Social Solidaria de Comités de Usuaris/os.
- Cumplimiento de Agenda Política de los Comités de Usuaris/os de la LMGYAI.

## 8. Participación ciudadana

- La ciudadanía participará en los espacios de toma de decisiones y control social en el marco de los Consejos Cantonales y Provinciales de Salud. Vigilará la aplicación de la LMGYAI y demás leyes y políticas que garantizan sus derechos sexuales y reproductivos; y participará en la elección de las Autoridades

de Salud y en la formulación del plan de evaluación y monitoreo del Plan de Acción de la Política de SDRS, en el que las instituciones educativas y sociedad civil vigilarán la calidad de la atención en los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública.

- Los Ministerios del Frente Social deberán apoyar los procesos de capacitación y difusión de Leyes, Planes y Políticas de Salud.
- Contar con una base de datos de organizaciones barriales para que los Ministerios del Frente Social puedan capacitar a sus líderes sobre leyes y planes de acción de salud que puedan multiplicar a la comunidad.

## 9. Educación en SDRS

- Implementar un Plan Nacional para la información y educación de promoción y prevención en salud en el cual se garanticen los derechos de todos los ciudadanos y ciudadanas a la salud, en coordinación con todas las instituciones, que generen impacto nacional y este sea sostenido.
- El sector Salud y Educación interactúan para la formación de docentes con conocimientos sobre leyes, planes y políticas de salud. La Educación y promoción de la salud formarán parte del pénsun de estudios de las escuelas de pedagogía.

## 10. Atención del parto

- Se humanizará la atención del parto en los Servicios de Salud, las mujeres decidirán el tipo de parto que desean, de acuerdo a su realidad cultural, social y su cosmovisión.
- Incorporar la psico-profilaxis del parto a la atención del embarazo, parto y post parto.
- Dotar de obstetras y parteras/os en la atención del parto en todas las unidades operativas tanto en la zona rural y urbana.

- Establecer procedimientos para que se aplique la ley de guarderías en instituciones públicas y privadas para el cuidado de los niños como la de la promoción de la lactancia. En cada institución debe haber un centro para los hijos de las madres en etapa de lactancia.

### 11. Derechos Sexuales y Reproductivos

- Cualquier persona, independientemente de su edad, sexo, nacionalidad, estado civil u orientación sexual tiene derecho al goce de su salud sexual y reproductiva de forma responsable y libre de violencia o coerción, y al acceso a los servicios que se inscriben en estas leyes.
- Todas las mujeres, niñas, niños y adolescentes tienen derecho a inmunizaciones existentes que prevengan enfermedades de transmisión sexual (Hepatitis B-HPV).
- Hacer efectivo el Derecho de Hombres y Mujeres a conocer los métodos anticonceptivos y el libre acceso a la PAE.

### 12. Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

- A pesar de los avances, es necesario reforzar el cumplimiento de la LMGYAI en todo el territorio nacional y exigir que los Municipios asuman las responsabilidades señaladas en la misma como es la transportación de emergencias obstétricas y pediátricas.
- Revisión de la ley de Maternidad Gratuita para la ampliación de la cobertura en todos los ciclos de la vida a la mujer, a niños y niñas y adolescentes, así como el número de prestaciones.
- Abogar por un aumento significativo del presupuesto destinado para la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita para asegurar su aplicación y ampliación de cobertura.

### 13. Interculturalidad

- El Estado Ecuatoriano pluricultural y multiétnico, reconocerá e incorporará los conocimientos y las prácticas en salud de los diferentes pueblos y nacionalidades indígenas y del pueblo afroecuatoriano, a la práctica de la medicina occidental en los tres niveles de atención, garantizando la construcción de un modelo de atención Intercultural.
- Implementar programas que fomenten el acceso a métodos de planificación familiar, anticoncepción (regular y de emergencia), prevención de embarazos en adolescentes y embarazos no deseados.

### 14. Violencia intrafamiliar

- Crear una red de atención integral a la violencia intrafamiliar y al maltrato; y, promoción del buen trato a todo nivel.
- Siendo ya la violencia considerada como un problema de salud pública, es necesario posicionar la violencia contra las mujeres como una violación a los derechos humanos.

- Implementar programas de prevención, acogida y tratamiento a personas víctimas de maltrato; estos programas deben contar con la participación de equipos multidisciplinares.

### 15. Embarazos en adolescentes

- Implementar programas de atención y prevención de embarazos en adolescentes, incluye la promoción y dispensación de la anticoncepción de emergencia.
- Promover la creación de Servicios de Atención Especializada e Integral para grupos vulnerables como: Adolescentes, Discapacitados y Adulto Mayor.

### 16. Recursos humanos

- Demandar el retorno de la atención médica por lo menos por 8 horas diarias, con el reconocimiento salarial correspondiente, así como el reconocimiento económico diferenciado por situación geográfica (Ej. en las provincias del Oriente).
- Implementar un mecanismo de manejo del recurso humano, que incluya certificación, recertificación y aplicación de sanciones por incumplimiento.
- Implementar mecanismos que permitan generar una obligatoriedad de cumplimiento de la salud rural, en áreas rurales.
- Apoyar, capacitar y fortalecer al grupo de parteras que existen en diferentes provincias del país.

### 17. Servicios de salud

- Organizar la prestación de servicios para la complementariedad no competencia en un mismo nivel de atención en el Consejo Cantonal y Provincial de Salud.
- Fortalecer los programas existentes y ampliarlos para la tercera edad y discapacitados.
- Promover la dotación de genéricos a toda la población con la producción en laboratorios nacionales y andinos, promover el estudio y la aplicación de la herbolaria y la medicina tradicional.



## Mesa 5: Anteproyecto de Ley de Carrera Sanitaria

### Sistematización de las observaciones del diálogo nacional para análisis del anteproyecto de Ley de Carrera Sanitaria en el Ecuador

#### Aspectos generales

Art. 26.- El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, propondrá 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.

- La propuesta es que las entidades formadoras de los recursos humanos en salud deben armonizar la formación en cantidad y calidad teniendo como referencia al modelo de atención definido (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) y no en función de las necesidades del mercado que representa los intereses de los servicios privados de atención curativa cuya orientación no garantiza el derecho de la población a la salud.
- Se plantea la necesidad urgente de regular la creación y funcionamiento de las escuelas y facultades de ciencias de la salud y de universidades a través de procesos de acreditación como requisito para tal efecto.
- Debe elaborarse el reglamento a la par de la Ley.
- El reglamento deberá incluirse en una transitoria, misma que deberá completarse, actualizarse y difundirse.
- Un eje transversal de la redacción de la propuesta de Anteproyecto de Ley debe tomar en cuenta el enfoque de género.
- En la ley deberá incluirse los artículos relacionados con los procesos de licenciamiento, recertificación y acreditación de instituciones formadoras, y empleadores y gremios profesionales.

#### Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (FENETS)

- No existe una transitoria sobre la revalorización de la FTS.
- Se deja demasiadas cuestiones para la reglamentación.

- No es confiable la LOCS porque todavía no cuenta con un reglamento.
- FENETS representa al equipo multidisciplinario de salud y por lo tanto debe ser mayormente considerada en este debate de la Carrera Sanitaria. FENETS debe incorporarse con voz y voto al CONASA.

#### Federación Médica Ecuatoriana

- Las sugerencias redactadas no deben ser consideradas como finales, estas deben ser debidamente redactadas por un profesional del derecho.
- La Ley debe incorporar un glosario al final de la misma.
- Este proceso de análisis, observación y propuesta no puede concluir el día de hoy. La FME, se compromete a continuar aportando y a efectuar un seguimiento respecto de la incorporación de estas y de nuevas observaciones porque el tiempo ha sido muy corto.
- Se deben incorporar las observaciones efectuadas a nombre de la FME.
- Concretar y precisar más los temas de remuneraciones e incentivos, clases de puestos de la nueva estructura institucional y el sistema de gestión.
- El anteproyecto no ha considerado con suficiencia temas que son de interés gremial y que no se reducen únicamente a lo laboral sino también al trabajo digno, al riesgo laboral, a la consideración del mejoramiento integral de la FTS afrontando temas como la flexibilización y precariedad del trabajo.
- Los colegios médicos provinciales llevarán adelante un proceso de reflexión de lo que se esperaría de una Carrera Sanitaria para que luego la FME defina un posicionamiento gremial representativo.



Sobre temas centrales como: la necesidad de lograr a través de la Ley el amparo del conjunto de la FTS; la organicidad de la Ley sobre leyes especiales relacionadas como la LOSNS; la Ley Orgánica de Salud (LOS); la Ley de Federación Médica; las ventajas y desventajas de un esquema de Carrera Sanitaria en el sector público únicamente o también en el sector privado; el tema de la voluntariedad vs la obligatoriedad de aplicación de la Ley; considerar el tema de la recertificación y/o evaluación del desempeño como un elemento de mejoramiento de la calidad de atención que redundaría en mayores niveles de satisfacción de los usuarios; considerar la aplicación de la Ley en un segmento estable vs flexibilizado de la FTS; considerar la manera como el anteproyecto de ley representa o no los intereses gremiales y precisar aquellos artículos que tienen contraposiciones con leyes de la Federación.

Propone optimizar todo el proceso de reflexión de dos años que ha desarrollado la FME para integrarlo al anteproyecto de Ley.

El H. Congreso Nacional considerando

El texto dice	Observaciones/Propuestas
<p><b>QUE</b> La Política Nacional de Salud se fundamenta en los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad, pluralidad, eficiencia, ética e integralidad, con la finalidad de impulsar las capacidades y potencialidades individuales y colectivas para propiciar el mejoramiento de la calidad de vida y salud de los ecuatorianos como parte de la superación de las inequidades existentes.</p>	<p>Se recomienda implementar un mecanismo para el cumplimiento de esta Ley.</p> <p>Es importante contar con un nivel de Gestión del RRHH con poder de decisión.</p>
<p><b>QUE</b> Es un imperativo para el progreso del país establecer un acuerdo nacional por la salud y la vida en el marco de un compromiso por el desarrollo humano sustentable con la participación de los talentos humanos, el desarrollo científico y tecnológico y la dotación de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros.</p>	
<p><b>QUE</b> Formular estrategias y normativas para el desarrollo integral del personal de salud para mejorar las capacidades del sector, distribuir equitativamente la plantilla de salud en todo el país y formar multidisciplinariamente el talento humano para promover la salud de todos los ecuatorianos.</p>	<p>Es imprescindible la acreditación de las entidades formadoras del RRHH.</p>

Ley Orgánica de Carrera Sanitaria

Capítulo I: de la Carrera Sanitaria

Si es Ley Orgánica entonces rige tanto para el sector público como el privado por lo que, debería analizarse la procedencia de una Ley Orgánica para Carrera Sanitaria.

El texto dice	Observaciones/Propuestas
<p><b>Art. 1.- Definiciones.-</b> La Carrera Sanitaria se constituye en un modelo para el desarrollo y gestión de la Fuerza de Trabajo en Salud que relaciona y armoniza los derechos del ciudadano-usuario, los derechos del trabajador y los requerimientos de las instituciones prestadoras de servicios, que asegura la gestión de la Fuerza de Trabajo en Salud conforme a los principios de universalidad, solidaridad, calidad, equidad, eficiencia, eficacia, con respeto de la diversidad cultural, profesional y técnica.</p> <p>La Carrera Sanitaria constituye el reconocimiento individual y de carácter económico-administrativo, para la Fuerza de Trabajo en Salud por la permanencia y continuidad en su actividad; y, simultáneamente, por los méritos alcanzados en el perfeccionamiento y actualización profesional y por los resultados asistenciales obtenidos.</p>	<p>La Carrera Sanitaria se constituye en un proceso para el desarrollo y gestión de la fuerza de trabajo en salud que relaciona y armoniza los derechos y obligaciones del ciudadano-usuario, de la Fuerza de trabajo en salud.....</p> <p>...que asegura el accionar de toda la Fuerza de Trabajo en Salud.</p> <p>.....y los requerimientos de las instituciones prestadoras de servicios: en los ámbitos de la formación y el ejercicio.</p> <p>El reglamento de la LOCS debe precisar los niveles de reconocimiento individual y de carácter económico-administrativo para la Fuerza de Trabajo en Salud por la permanencia (escalas temporales) y por su preparación (educación permanente, investigaciones, méritos académicos).</p> <p>Se insiste en la ubicación de una remuneración justa y digna antes que poner el énfasis en el sistema de incentivos (que puede tener vicios de objetividad/corrupción).</p> <p>Se requiere una aclaración sobre la propuesta de remuneración estructurada con fracción fija y variable del salario.</p> <p>.....simultáneamente, por los méritos alcanzados en el perfeccionamiento y actualización profesional y por los resultados asistenciales obtenidos. Transmite una idea de resultados curativos (de tratamiento de la enfermedad. Debería integrarse resultados de actividades promocionales y preventivas).</p> <p>En este reconocimiento debe integrarse la opinión de los usuarios vía consultas de satisfacción. No únicamente criterio de productividad.</p>



El texto dice	Observaciones/Propuestas
<p><b>La Carrera Sanitaria</b> constituye el reconocimiento individual y de carácter económico-administrativo, para la Fuerza de Trabajo en Salud por la permanencia y continuidad en su actividad; y, simultáneamente, por los méritos alcanzados en el perfeccionamiento y actualización profesional y por los resultados asistenciales obtenidos.</p>	<p>El reconocimiento individual y de carácter económico-administrativo, para la Fuerza de Trabajo en Salud por los méritos alcanzados en el perfeccionamiento y actualización profesional debería estar necesariamente relacionada con la función del servicio en que se desempeña el RHUS.</p> <p>El reconocimiento individual y de carácter económico-administrativo, para la Fuerza de Trabajo en Salud por los resultados asistenciales obtenidos, requiere necesariamente una definición de los procesos asistenciales de los servicios de salud de diferentes niveles de atención, lo que permitiría evaluar objetivamente el tema.</p> <p>Se requiere definir cómo se determinarían los resultados asistenciales en la forma de un conjunto mínimo de indicadores.</p> <p>Se requeriría una precisión de los aspectos de perfeccionamiento y actualización profesional y de resultados asistenciales diferenciados por perfil profesional.</p> <p>La noción de “permanencia y continuidad en su actividad” podría transmitir una percepción de estatismo y conformismo de la FTS, por lo que debería precisarse operativamente a qué se refiere.</p>
<p><b>La Carrera Sanitaria</b> es un sistema de incentivos como factor de desarrollo del recurso humano, mediante la retribución y reconocimiento al trabajo de acuerdo a la educación permanente, ubicación geográfica, riesgos laborales, evaluación del desempeño y otros.</p>	<p>El reglamento de la LOCS debe precisar el sistema remunerativo (incentivos y complementos salariales) para la Fuerza de Trabajo en Salud como retribución y reconocimiento al trabajo de acuerdo a la educación permanente, ubicación geográfica, riesgos laborales, evaluación del desempeño y otros.</p> <p>Se requiere una aclaración sobre la propuesta de remuneración estructurada con fracción fija y variable del salario.</p> <p>Tomar en consideración para el efecto remunerativo la noción de riesgo, similar a lo que ocurre con Sector Judicial.</p> <p>Se debe incluir la noción de riesgo a la vida de los RHUS (áreas marginales, fumigación, violencia, conflictos, delincuencia) que no es necesariamente equivalente al riesgo laboral (diferente paradigma).</p> <p>Es importante introducir un inciso que considere la necesidad del fortalecimiento institucional para que posibilite la evaluación de desempeño ¿Cómo se va a incentivar el trabajo si no se dispone de parámetros de desarrollo, si no se dispone de manuales de desempeño?</p> <p>La evaluación del desempeño ha sido un proceso sujeto a discrecionalidad, favoritismo y corrupción, por lo que se definirá criterios objetivos para este tema.</p> <p>Otros reconocimientos de los ciudadanos-usuarios deberán considerarse para definir los incentivos a los trabajadores.</p> <p>La Carrera Sanitaria es un elemento del desarrollo del recurso humano.</p> <p>En la parte referente a la ubicación geográfica, no se especifica si se refiere a lo de la Región Amazónica y Galápagos, o hace alusión al trabajo en el área rural. En esta parte se debería incluir que recibirán remuneraciones especiales a sus sueldos fijos, los funcionarios que laboren tanto en el área rural de la costa y sierra, y otra especial a la amazonía y Galápagos, porque estas tres regiones geográfica y vialmente son tremendamente diferentes.</p> <p>La definición de incentivos ya está precisada en las leyes laborales, su cumplimiento o no es un tema de gestión.</p>

El texto dice	Observaciones/Propuestas
<p><b>Art. 2.- Propósito.-</b> De conformidad con la Política Nacional de Salud y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, créase la Carrera Sanitaria con el propósito de impulsar el desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud contribuyendo a mejorar los niveles de salud y elevar la calidad de vida de toda la población ecuatoriana.</p>	<p><b>Quien administra o gestiona la Carrera Sanitaria ¿El MSP o la SENRES?</b></p> <p><b>De conformidad con la Nueva Constitución de la República, las leyes orgánicas de Salud y del Sistema Nacional de Salud.....</b></p> <p>...contribuyendo a mejorar las condiciones de salud y elevar la calidad de vida de toda la población que habita en el territorio ecuatoriano.</p> <p><b>Es necesario aprovechar las estructuras administrativas existentes y relevantes en cada ámbito (gremios, colegios, federaciones) para facilitar la gestión y la rectoría en el tema.</b></p>
<p><b>Art. 3.- Ámbito de aplicación.-</b> Las disposiciones contenidas en la presente Ley, regirán en todo el territorio nacional y serán de aplicación obligatoria para la fuerza de trabajo de todas las instituciones públicas integrantes del Sistema Nacional de Salud amparada por la Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa y de Unificación y Homologación de Remuneraciones del Sector Público y para el personal amparado por el Código de Trabajo en sus diversas modalidades.</p>	<p><b>Hay exclusión de sectores. Por qué la LOCS excluye al sector privado? Debe incluir un sistema de escalafonamiento para el 100% del personal de salud</b></p> <p><b>Las disposiciones contenidas en la presente Ley, deben regir y ser de aplicación obligatoria para toda la fuerza de trabajo de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, como lo estipula la Ley Orgánica de Salud. Debe haber homologación entre LOSSCA y el Código de Trabajo, al ser orgánica se sobrepone a las leyes anteriores.</b></p> <p><b>Existen inconsistencias y contradicciones entre los artículos 3 y 5.</b></p> <p><b>Si la LOCS no va a estar supeditada a la SENRES, no habría un reconocimiento del Ministerio de Economía y Finanzas, con lo que sería más difícil su financiamiento general.</b></p> <p><b>Hay confusión en el tema. Se entiende que el personal hasta ahora amparado bajo las 2 leyes vigentes (LOSSCA y Código del trabajo) pasarían a la LOCS.</b></p> <p><b>Se sugiere incluir en este artículo un párrafo respecto de “quién gestiona la carrera sanitaria, debiendo ser el MSP como rector y autoridad sanitaria bajo el modelo de la descentralización”.</b></p> <p><b>Debe aplicarse a todo el sector incluyendo al privado para controlar los aspectos de desregulación, fundamentalmente la precarización y flexibilización laboral que caracterizan la contratación privada.</b></p> <p><b>Apoyar fuertemente la implementación de la recertificación como elemento de aplicación de la Carrera Sanitaria en el sector privado, en donde en algunas circunstancias se privilegia la producción en desmedro de la calidad (aseguramiento privado).</b></p>



**Art. 4.- Fines.- La Carrera Sanitaria** a más de impulsar el desarrollo de la fuerza de trabajo en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud tiene como finalidades: (Debe decir.....en todas las instituciones integrantes del Sistema Nacional de Salud)

El texto dice	Observaciones/Propuestas
<p>a) Promover el mejoramiento del desempeño de la Fuerza de Trabajo en Salud.</p>	
<p>b) Garantizar, a través del desarrollo y gestión de la Fuerza de Trabajo en Salud, el ejercicio de los derechos de los ciudadanos-usuarios y de los trabajadores así como los requerimientos de las instituciones prestadoras de servicios de salud.</p>	<p><b>Garantizar</b>, a través del desarrollo y gestión de la Fuerza de Trabajo en Salud, el ejercicio de los derechos y obligaciones de los ciudadanos-usuarios, de los recursos humanos en salud así como los requerimientos de las instituciones prestadoras de servicios de salud.</p> <p>Se debería incluir la perspectiva de género en la redacción de los mismos.</p>
<p>c) Regular y racionalizar el ejercicio de la Fuerza de Trabajo en Salud en lo que hace relación a selección, contratación, distribución y desarrollo en sus componentes de promoción, remuneración, incentivos, educación, evaluación, protección laboral y derechos colectivos para lograr un mayor rendimiento, compromiso e integración de los programas de salud pública.</p>	<p>Es importante introducir un inciso que considere la necesidad del fortalecimiento institucional para que posibilite la evaluación de desempeño ¿Cómo se va a incentivar el trabajo si no se dispone de parámetros de desarrollo, si no se dispone de manuales de desempeño?</p> <p>...en sus componentes de promoción, remuneración, incentivos, educación, evaluación, protección laboral y cumplimiento de deberes y obligaciones....</p>
<p>d) Diseñar mecanismos alternativos institucionales complementarios a los beneficios de la seguridad social para garantizar condiciones de retiro y cesación dignas que satisfagan las necesidades básicas de la Fuerza de Trabajo en Salud.</p>	<p>La LOCS debe precisar de mejor manera las condiciones de retiro o cesación del trabajo.</p> <p>Se recomienda considerar la posibilidad de una jubilación patronal.</p> <p>Considerar la posibilidad de garantizar condiciones de retiro y cesación dignas que satisfagan las necesidades básicas de la Fuerza de Trabajo en Salud en esquemas similares a las Fuerzas Armadas.</p> <p>Que se implementen programas de cesantía considerando el principio de igualdad.</p> <p>Diseñar mecanismos alternativos institucionales complementarios a los beneficios de la seguridad para garantizar condiciones de retiro, jubilación patronal y cesaciones dignas...</p> <p>Crear un sistema de cesantía que mejore la jubilación de los RHUS.</p> <p>En lo referente a la jubilación, en éste artículo se debería proponer también la jubilación patronal, y una bonificación para el retiro, de 1.000 dólares por año de trabajo sin límite de tiempo. Además se debería escribir lo referente a la remuneración mensual que va a recibir el jubilado, que sería basada en la remuneración unificada que recibe hasta el momento de su retiro, para que de esta manera si pueda llevar una vida digna cuando entre al retiro.</p> <p>El tramite de jubilación lo haría el patrono previo a acogerse a los beneficios complementarios.</p> <p>La jubilación patronal y el trámite de la misma deben cambiarse para garantizar condiciones dignas al trabajador jubilado.</p> <p>Implementación de un proceso de incentivo a la jubilación voluntaria.</p> <p>Garantizar condiciones de seguridad económica y estabilidad laboral desde la cesación hasta la jubilación efectiva. En el entretiempo (desde que se inicia el proceso hasta que concluye efectivamente) el trabajador gozará de todos los beneficios salariales de ley.</p>
<p>e) Establecer mecanismos para regular y racionalizar el intercambio y migración de la Fuerza de Trabajo en Salud.</p>	<p>Estos mecanismos deben corresponder al sistema de incentivos como un componente general de la Carrera Sanitaria.</p> <p>Establecer mecanismos para regular y racionalizar el intercambio y migración de la Fuerza de Trabajo a través del reconocimiento de las condiciones y situación geográfica.</p>

**Capítulo II: del ingreso a la Carrera Sanitaria**

El texto dice	Observaciones/Propuestas
<p><b>Art. 5.- Del ingreso a la Carrera Sanitaria.</b> Ingresarán o pasarán al amparo del régimen de la Ley Orgánica de Carrera Sanitaria, toda la Fuerza de Trabajo de Salud de las Instituciones Públicas integrantes del Sistema Nacional de Salud, independientemente del régimen laboral al que actualmente pertenezcan, que voluntariamente así lo soliciten.</p>	<p>Ingresarán o pasarán obligatoriamente al amparo del régimen de la Ley Orgánica de Carrera Sanitaria, toda la Fuerza de Trabajo de Salud de todas las Instituciones del Sistema Nacional de Salud, independientemente del régimen laboral al que actualmente pertenezcan.</p> <p>No puede haber voluntariedad de ingreso de la FTS que se ampara en la contratación colectiva, ya que crearía graves distorsiones en la funcionalidad de los equipos de salud.</p> <p>La voluntariedad del ingreso a la Carrera Sanitaria puede romper la conformación de los equipos, sobre todo en este momento en que se preconiza la gestión por procesos. El ingreso voluntario podría crear caos en la gerencia de RHUS.</p> <p>Con relación a los artículos 5, 6 y 16, debe colocarse una transitoria indicando que no entrarán en vigencia mientras no se disponga de los instrumentos considerados anteriormente.</p> <p>Incorporar el Art. 7 de la LOSNS (que se refiere a todas las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud) y detallar a toda la FTS que trabaja en las Instituciones Publicas, privadas con o sin fines de lucro, autónomas, etc. Redactar en concordancia con el Art. 3.</p>
<p>Todos los puestos que a la presente fecha se encuentren vacantes y los que sean creados, serán llenados a través del correspondiente concurso de merecimientos y oposición conforme la disposición Constitucional, el Reglamento a esta Ley y el Manual de Puestos.</p>	<p>¿Cómo quedan las leyes de concurso profesionales?</p> <p>Controlar el posible desplazamiento/exclusión de los gremios profesionales en este tema (incluir a los gremios en su gestión).</p> <p>Luego de “disposición constitucional” incluir “Leyes de Federaciones Profesionales y concomitantemente redactar un inciso que regule el ingreso de la FTS que no cuente con esas Leyes de Federación (administrativos, trabajadores de contratos colectivos y Profesionales) Pasar este párrafo al Art. 6.</p> <p>Redactar un nuevo Art. que obligue a la creación de puestos, de acuerdo a las necesidades institucionales, en respuesta a los requerimientos de la población. Redactar de tal manera que haya concordancia con el Art. 12 literal a).</p>
<p><b>Art. 6.- De la regulación del ingreso.</b> Las Instituciones Públicas integrantes del Sistema Nacional de Salud, regularán los concursos, en base a requerimientos institucionales y científico técnicos.</p>	<p>¿Cómo quedan las leyes de concurso profesionales? Art. 6 debe armonizarse con los reglamentos de concurso.</p> <p>Las Instituciones (públicas y privadas) integrantes del Sistema Nacional de Salud, regularán los concursos, en base a sus requerimientos institucionales, científico técnicos y a las necesidades de la población</p> <p>Omitir públicas e incorporar “y como respuesta a la demanda de la población”.</p> <p>Añadir: todos los puestos que a la presente fecha se encuentren vacantes y los que sean creados, serán llenados a través del correspondiente concurso de acuerdo las leyes de las federaciones profesionales y para las demás clases de puestos conforme la disposición constitucional, el reglamento a esta Ley y el manual de puestos.</p> <p>Debería especificar en lo referente a los concursos, que de acuerdo al gremio que pertenezcan los profesionales, se ceñirán a las leyes de sus propios colegios o federaciones.</p>



## Capítulo II: del ingreso a la Carrera Sanitaria

El texto dice	Observaciones/Propuestas
<p><b>Las Instituciones Públicas</b> integrantes del Sistema, para regular el ingreso a la Carrera Sanitaria, se registrarán a la estructura ocupacional de los puestos establecidos en el Reglamento a esta Ley.</p>	<p>Omitir la palabra: públicas. El texto quedaría: "Todas las Instituciones integrantes del Sistema Nacional de Salud, para regular el ingreso a la Carrera Sanitaria, se registrarán a la estructura ocupacional de los puestos establecidos en el Reglamento a esta Ley".</p> <p>La estructura ocupacional debe estar incluida dentro de este literal (a ser desarrollada).</p> <p>"Para las instituciones públicas y privadas el ingreso deberá tomar en cuenta los procesos de licenciamiento, recertificación y acreditación".</p>

**Art. 7.- Requisitos para el ingreso a la Carrera Sanitaria:** Para ingresar a la Carrera Sanitaria se requiere tener concordancia con el artículo 5 y determinar que RHUS pasan a la LOCS y como se equiparan los escalafones con los niveles de Carrera Sanitaria.

El texto dice	Observaciones/Propuestas
a) Ser ciudadano ecuatoriano mayor de edad.	Ser ciudadano (a) ecuatoriano (a).
b) Poseer título exigido, para el cargo de conformidad con la convocatoria, debidamente legalizado.	<p>Poseer título y diplomas exigidos y legalizados por las instituciones pertinentes para el cargo de conformidad con la convocatoria.</p> <p>Considerar los acuerdos educativos macro / supranacionales y los procesos de homologación y convalidación de títulos.</p>
c) Cumplir con todos los requisitos establecidos en la reglamentación.	Añadir requisitos establecidos en las leyes federativas y reglamentos de los profesionales de la salud.
d) Aprobar el examen psicológico exigido, de conformidad con la reglamentación.	<p>Aprobar el examen psicológico exigido, bajo la responsabilidad de instancias técnicas e independientes y previo a las demás pruebas requeridas de conformidad con la reglamentación.</p> <p>En nuestro medio el personal técnico respectivo no está bien preparado para que emita sus informes y las pruebas existentes se prestan a mucho sesgo. Se debe reflexionar más sobre este literal.</p> <p>Se debería eliminar este acápite.</p>
No tener en su contra auto de llamamiento a juicio debidamente ejecutoriado.	
e) Ganar el concurso respectivo.	Establecer los requisitos para los RHUS que son ganadores de concursos y pasan a la LOCS.
<p><b>La Fuerza de Trabajo en Salud</b> que se encuentre empleada bajo cualquier modalidad de contratación escrita, por más de 5 años, podría ingresar al correspondiente nivel de la Carrera Sanitaria que está estipulado en el reglamento, luego de haber ganado el concurso establecido para el efecto.</p>	<p>Aclarar la referencia que se hace sobre los funcionarios con más de cinco años de labor ¿A quién se refiere?</p> <p>La Fuerza de Trabajo en Salud que se encuentre empleada bajo cualquier modalidad de contratación escrita, por más de 5 años, sin ganar o presentarse a un concurso debe someterse a concurso cerrado y a procesos de evaluación periódica del desempeño.</p> <p>Se discute la posible discrecionalidad que podría implicar el hecho de que cualquier persona que ha tenido contratos sin ningún control (favores políticos, clientelismo o que ha sido contratado en otros niveles) se beneficie de estabilidad laboral a través de esta disposición.</p> <p>Se recomendaría: La Fuerza de Trabajo en Salud que se encuentre empleada bajo cualquier modalidad de contratación escrita ganada mediante concurso, por más de 5 años, podría ingresar al correspondiente nivel de la Carrera Sanitaria que está estipulado en el reglamento, luego de haber ganado el concurso establecido para el efecto.</p>

## Capítulo II: del ingreso a la Carrera Sanitaria

El texto dice	Observaciones/Propuestas
<p>Para desempeñar puestos de dirección en los diferentes niveles de gestión del sistema de salud, se requerirá haber ganado el correspondiente concurso.</p>	<p>Tiene que especificarse si los puestos directivos sometidos a concurso corresponden a niveles nacionales, regionales, provinciales, locales de libre remoción y/o a puestos de Directores Provinciales, Jefes de Área, Coordinadores de Áreas, a excepción de los directivos nacionales que son políticos.</p> <p>Especificar en el reglamento los mecanismos para la nominación.</p> <p>.....Se requerirá haber ganado el correspondiente concurso de mérito y la estabilidad será entre un mínimo de 2 y un máximo de 4 años, aplicando mecanismos explícitos de evaluación externa semestral.</p> <p>El artículo debe garantizar en los concursos los perfiles para los cargos de directivos para Áreas de Salud y Hospitales.</p> <p>La carrera técnica debe ser exclusivamente por concurso (concurso cerrado en el caso de puestos directivos, lo que garantizaría estabilidad y continuidad de los procesos).</p>
<p>Se exceptúan del concurso los cargos de dirección política estratégica nacional de acuerdo con la estructura ocupacional de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, sin exceptuar el cumplimiento de los perfiles de cargo determinados.</p>	<p>Tiene que especificarse cuales son los cargos de dirección política estratégica nacional que se excluyen de los concursos en los diferentes niveles nacionales, regionales, provinciales, locales, sin excluirse los requisitos del perfil para estos cargos.</p>

## Capítulo III: Régimen Laboral

El texto dice	Observaciones/Propuestas
<p><b>Art. 8.- De la categorización de la Fuerza de Trabajo en Salud.</b> La Fuerza de Trabajo en Salud, dentro de la Carrera Sanitaria estará clasificada en niveles que le permitan el acceso a procesos de movilidad vertical y horizontal durante su ejercicio laboral y se categorizará en:</p> <p>a) Con dedicación exclusiva: 8 horas diarias b) Con dedicación parcial: 4 y 6 horas diarias</p>	<p>La LOCS debe precisar de mejor manera el sistema remunerativo de cada uno de los niveles que se defina.</p> <p>Aplicar la recomendación de la Federación Médica Ecuatoriana: (en términos retributivos)</p> <p><b>6 horas:</b> 30% más de las 4 horas <b>8 horas:</b> 50% más de las 4 horas</p> <p>¿Cómo se garantizaría la disponibilidad de puestos en los diferentes niveles para operativizar los procesos de movilidad vertical y horizontal durante el ejercicio laboral de la FTS?</p> <p>La Fuerza de Trabajo en Salud de los servicios ambulatorios del nivel básico de atención deben tener dedicación exclusiva (8 horas diarias) con salarios acorde a su formación profesional, competencias laborales y horarios de trabajo.</p> <p>Añadir un nuevo literal... c) en el que conste que los profesionales médicos tienen una carga horaria completa de 4 horas; y quienes deban laborar por 6 y 8 horas por necesidades institucionales, sus puestos serán valorados con una remuneración que considere obligatoriamente este tiempo como adicional.</p> <p>En general este Art. debe ser redactado de manera más clara de tal manera que no existan varias interpretaciones especialmente en lo de la exclusividad.</p> <p>Si bien el principio de la Ley es bueno, no armoniza con sus propias regulaciones lo que les quitaría el control de las representaciones gremiales y ya no habría razón de ser de los Colegios Profesionales.</p>

### Capítulo III: Régimen Laboral

El texto dice	Observaciones/Propuestas
<p><b>Art. 9.- Del ejercicio en el área rural.</b> La Fuerza de Trabajo en Salud que labora en el área rural se beneficiará de los incentivos y complementos salariales en los términos que establezca el reglamento a la presente Ley, los mismos que deberán constar en el presupuesto anual del Ministerio de Salud o de las respectivas instituciones en las que trabaje la persona.</p>	<p>El reglamento de la LOCS debe precisar el sistema remunerativo (incentivos y complementos salariales) para la Fuerza de Trabajo en Salud que labora en el área rural.</p> <p>El sueldo de la Fuerza de Trabajo en Salud del área rural debe ser superior al de las áreas urbanas de similar cargo.</p> <p>Estos incentivos se deben ampliar al ejercicio en el área rural y en las áreas urbano-marginales.</p> <p>Debe definirse mas claramente la calidad de área rural, incorporar las otras zonas y concretar los beneficios para esas ubicaciones.</p> <p>Se considera pertinente añadir la propuesta de la Federación Médica. Pág. 87 “del ejercicio del área rural, insular, frontera y de riesgo (zonas de conflicto/fumigaciones otras)”.</p> <p>Concretar los incentivos y complementos salariales e incentivos económicos y no económicos de tal manera que se asegure una retribución que efectivamente sea incentivo y complemento (ejemplo: vivienda y servicios básicos, medios de comunicación, educación permanente y especialmente el económico).</p>
<p><b>Art. 10.- Del ejercicio de la docencia.</b> La Fuerza de Trabajo en Salud, independientemente de su categoría laboral, podrá ejercer la docencia dentro de las horas contratadas en la institución empleadora y por un máximo del 25% de su dedicación y en el contexto del plan de educación permanente de la institución empleadora.</p>	<p>Se mantenga 25% de su horario de trabajo.</p> <p>La redacción de este Art. debe incorporar el hecho de que el profesional deberá ejercer la docencia en servicio como una actividad implícita y obligatoria.</p> <p>La docencia en otras instituciones (fuera del servicio) se realizará fuera de su jornada laboral.</p> <p>¿Qué pasa con la docencia de los profesionales que no son de las áreas específicas de salud con el tiempo previsto en la Ley para el ejercicio de la docencia, ejemplo: administrativos?</p>
<p><b>Art. 11.- De la disponibilidad</b> de la jornada para actividades de desarrollo profesional. Con el fin de impulsar las actividades de desarrollo profesional de la Fuerza de Trabajo en Salud, reglamentariamente se determinarán las condiciones en las que cada uno de los niveles, podrá disponer de una parte del tiempo de permanencia en el nivel y/o de la jornada de trabajo efectiva, para acceder a becas, proyectos de investigación médica o de gestión y actividades análogas.</p>	<p>Se cambie la terminología de investigación médica por investigación en salud</p> <p>...y actividades científicas, cursos, congresos, reuniones, talleres, siempre que tengan relación con su función / gestión.</p> <p>Que debe considerarse todos los eventos que las federaciones y los colegios tienen previsto puesto que eso les significa actualización y puntaje para el escalafón, y considerar a las actividades gremiales, que también dan puntos.</p>
<p><b>Art. 12.- De la disponibilidad</b> de la jornada para actividades de desarrollo profesional. La Carrera Sanitaria comprende el ejercicio laboral que incluye los siguientes elementos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Racionalización necesidad/recurso</li> <li>Selección</li> <li>Contratación</li> <li>Desarrollo profesional que incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Remuneración</li> <li>* Educación permanente</li> <li>* Sistema de incentivos</li> <li>* Evaluación de desempeño</li> </ul> </li> <li>Protección laboral y cesación</li> <li>Relaciones laborales</li> </ol> <p>Cada uno de estos elementos estará definido y desarrollado en el Reglamento de la presente Ley.</p>	<p>Es importante introducir un inciso que considere la necesidad del fortalecimiento institucional para que posibilite la evaluación de desempeño ¿Cómo se va a incentivar el trabajo si no se dispone de parámetros de desarrollo, si no se dispone de manuales de desempeño?</p> <p>Debe conceptualizarse todos los elementos del ejercicio laboral de este artículo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>Sistema de Selección:</i> que será de acuerdo a su propio sistema de selección contemplado en el Reglamento Único de concursos</li> <li><i>Nombramiento por concurso de méritos y oposición:</i> el contrato no establece la posibilidad de hacer carrera</li> <li><i>Desarrollo profesional</i> que incluye <ul style="list-style-type: none"> <li>* Sistema Remunerativo: Debe estar detallado el esquema y ajustado a especificidades de los gremios.</li> <li>* Sistema de incentivos: que se clarifique los ámbitos (riesgos, ética) y el esquema de incentivos diferenciado de acuerdo a especificidades geográficas, laborales, de riesgo, otras</li> <li>* Evaluación de desempeño: Definir los parámetros, sobre los que se basaría el sistema y quienes intervienen. Ubicarlo en el reglamento</li> </ul> </li> <li><i>Protección laboral y cesación.-</i> incorporar jubilación patronal</li> <li><i>Relaciones laborales.-</i> Explorar posibilidades de mesas de negociación de conflictos</li> </ol>

El texto dice	Observaciones/Propuestas
<p><b>Art. 13.- De la evaluación.</b> La Carrera Sanitaria promoverá un proceso continuo de evaluación del desempeño técnico y ético de la Fuerza de Trabajo en Salud, en un entorno bioseguro mediante diversos mecanismos, de conformidad con la presente Ley y su Reglamento.</p>	<p>Debe regir para toda la fuerza de trabajo.            Incluir como un proceso continuo y en base no solo a parámetros técnicos si no de las actitudes y habilidades de la FTS.            La LOCS hace mucho énfasis en evaluación y no pone similar preocupación a la estabilidad de la fuerza de trabajo.            Es importante introducir un inciso que considere la necesidad del fortalecimiento institucional para que posibilite la evaluación de desempeño ¿Cómo se va a incentivar el trabajo si no se dispone de parámetros de desarrollo, si no se dispone de manuales de desempeño?            Incluir mecanismos de evaluación de la satisfacción de los usuarios.            Además contar con una evaluación externa para garantizar equidad y objetividad.            Definir los incentivos vinculados con niveles diferenciales de desempeño.</p>
<p><b>Art. 14.- De la gestión.</b> La Carrera Sanitaria al crear un sistema de gestión integral y moderna del personal de salud, lo hará bajo los elementos y componentes de la descentralización y desconcentración, contenidos en la Constitución Política, la Ley de Descentralización y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.</p>	
<p><b>Art. 15.- De los derechos y obligaciones de la Fuerza de Trabajo en Salud.</b> En el marco del respeto a los derechos de los usuarios y el buen desempeño de la institución se garantizará en la Carrera Sanitaria la estabilidad de la Fuerza de Trabajo en Salud.</p>	
<p>Una vez que una persona hubiera ganado un concurso y se posesionará del cargo, esta Ley ni su Reglamento, no facultan acuerdos posteriores; así como, el traslado de partidas que impliquen el abandono de la plaza profesional o la supresión de la misma para traslado a otro sitio.</p>	
<p>Las bonificaciones por lugar de residencia, servicio de guardia y responsabilidades por el cargo, serán determinadas en el Reglamento de esta Ley, las mismas que deberán constar en el presupuesto anual del Ministerio de Salud o de las respectivas instituciones del Sistema Nacional de Salud en las que trabaje la persona.</p>	<p>Cambiar la terminología de guardias por turnos rotativos.            Aparte de las emergencias provocadas por las catástrofes, un determinado porcentaje de las atenciones de emergencias en horas no hábiles de trabajo, no deberían ser remuneradas.            Tomando como criterio el riesgo laboral, que tanto el personal operativo como administrativo que labora en una casa de salud está sometido diariamente, se deberá considerar el pago de un sueldo adicional cada dos meses. De esta manera se estimularía a la fuerza activa de salud en su autoestima y estándar de vida.</p>
<p>La Fuerza de Trabajo en Salud deberá cumplir con la carga horaria de acuerdo al contrato que le vincula al correspondiente nivel de carrera; y participar en las comisiones y en las actividades que en los casos de emergencia se requieran con justificada necesidad. En estos casos, las compensaciones económicas y de carga horaria, se establecerán en el Reglamento a la Ley.</p>	<p>La LOCS debe precisar de mejor manera las condiciones de remuneración para la FTS que participe en las comisiones y en las actividades que en los casos de emergencia se requieran con justificada necesidad.            Incluir la educación permanente como parte de los incentivos.            Contemplar presupuestos para cubrir las necesidades de la FTS por riesgos calificados.            Aparte de las emergencias provocadas por las catástrofes, un determinado porcentaje de las atenciones de emergencias en horas no hábiles de trabajo, no deberían ser remuneradas.            Tomando como criterio el riesgo laboral, que tanto el personal operativo como administrativo que labora en una casa de salud está sometido diariamente, se deberá considerar el pago de un sueldo adicional cada dos meses. De esta manera se estimularía a la fuerza activa de salud en su autoestima y estándar de vida.</p>
<p>La FTS que hubiera recibido beneficios de preparación profesional, tiene la obligación de devengar/retribuir a su institución los beneficios adquiridos en tiempo efectivo.</p>	<p>Es necesario reglamentar los mecanismos / procedimientos del acceso a las becas.</p>



#### Capítulo IV: de la terminación de la Carrera

El texto dice	Observaciones/Propuestas
<b>Art. 16.- De la terminación de la Carrera Sanitaria.</b> La Carrera Sanitaria concluye por alguno de los siguientes motivos:	Con relación a los artículos 5, 6 y 16, debe colocarse una transitoria indicando que no entrarán en vigencia mientras no se disponga de los instrumentos considerados anteriormente. Incorporar por jubilación.
Por fallecimiento	
Por renuncia expresa del cargo	
Por falsedad o alteración de documentos para el concurso	
Por inhabilitación total y permanente a causa de su salud	
Por cumplimiento del tiempo pactado en el contrato	Discusión de la aplicación de la Carrera Sanitaria en personal estable o en personal flexibilizado. Eliminarlo ya que el contrato no permite el desarrollo de la Carrera Sanitaria.
Por sanción disciplinaria que amerite la separación de acuerdo al Reglamento.	
Art. 17.- De las sanciones.- La Fuerza de Trabajo en Salud que incumpliere sus obligaciones o incurriera en contravenciones será sancionada disciplinariamente de acuerdo con las disposiciones reglamentarias; las mismas que podrán ser: amonestación verbal, amonestación escrita, sanción pecuniaria administrativa, suspensión temporal sin goce de remuneración y destitución.	...destitución, observando el debido proceso.

#### Capítulo V: Disposiciones Generales

El texto dice	Observaciones/Propuestas
<b>PRIMERA.-</b> El Ministerio de Salud y las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud en el plazo de... contados a partir de la publicación en el Registro Oficial de esta Ley, en coordinación con el CONESUP, los gremios profesionales o clasistas impulsarán los procesos de certificación y recertificación, previo al ingreso a la Carrera Sanitaria.	.....procesos de certificación y recertificación para todas las clases de puestos.....
<b>SEGUNDA.-</b> En la aplicación de la Ley de Carrera Sanitaria, deberán cumplirse con los preceptos constitucionales en materia laboral y compaginar su ejercicio con la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa y el Código de Trabajo.	
<b>TERCERA.-</b> La fuerza de trabajo en salud que se incorpore al régimen de la Carrera Sanitaria no deberá, bajo concepto alguno, ser disminuido en sus derechos salariales o económicos de que gocen al expedirse la presente Ley.	
<b>CUARTA.-</b> La presente Ley tiene el carácter de orgánica.	
<b>QUINTA.-</b> Quedan derogadas todas las leyes que se opongan a la presente.	Reconsiderar algunas frases peligrosas como "derógase todas las leyes". ...en lo referente a las regulaciones laborales no remunerativas.
<b>SEXTA.-</b> El Presidente de la República de acuerdo a la Constitución Política del Estado expedirá el Reglamento de aplicación de la presente Ley.	
<b>Artículo Final.-</b> La presente Ley Orgánica de Carrera Sanitaria, entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro oficial. Dado en Quito, a	



# CONCERTACIÓN CIUDADANA EN SALUD

HACIA LA ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE

## Mesas de trabajo

### Propuestas para la Asamblea Nacional Constituyente

#### Mesa 1: El Derecho a una atención digna y de calidad

##### El Sistema Nacional de Salud y la Extensión de la Protección Social en el Ecuador

##### Ajustes en artículos de Constitución vigente

###### Art. 42

Se deben cambiar las palabras “posibilidad de acceso” por “garantizar el acceso”

###### Art. 43

“**Los programas** y acciones de salud pública y la atención integral de salud, son gratuitos para (todos) todas las personas”. Aumentar: “Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados. **Su incumplimiento, será sancionado según establezca la ley**” (so pena de la sanción correspondiente según establezca la Ley)”

###### Art. 44

“El Estado, ejerciendo la rectoría a través del MSP, formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación”

“Establecerá disposiciones legales punitivas para quienes incumplan las leyes y normas específicas dadas en el marco del Sistema Nacional de Salud”

###### Art. 45

“El Estado organizará con la rectoría y responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, un Sistema Nacional de de Salud, de

base pública, que se integrare con..... que funcionará de manera, descentralizada, desconcentrada y participativa con vigilancia ciudadana a través de veedurías socialmente constituidas y de acción popular. El Sistema Nacional de Salud debe contar de manera obligatoria con los consejos cantonales y provinciales **de salud**”

###### Art. 46

##### (Textos alternativos y complementarios)

“El financiamiento de las entidades públicas del Sistema Nacional de Salud provendrá de aportes, suficientes y oportunos del presupuesto general del Estado, no menor del 20%, y de otras fuentes que señale la ley, que no afecten el principio de gratuidad”

“La asignación fiscal para Salud Pública (Sector Salud: Ministerio de Salud Pública, INH, SNEM y CONASA) se incrementará paulatinamente en forma independiente al aumento de los ingresos corrientes totales del presupuesto del Gobierno Central. No habrá reducción en el Presupuesto”

La asignación fiscal para Salud Pública se incrementará anualmente en forma obligatoria...

“La asignación fiscal para la salud pública se establecen como parte de los rubros de inversión social prioritarios, que consta en el presupuesto general del estado con el título “presupuesto para el desarrollo humano” junto a educación y desarrollo social, su incumplimiento será objeto de sanción civil y penal”. Agregar en el artículo de financiamiento: “la gratuidad del ejercicio del derecho a la salud, el mismo que sea manejado con eficiencia en el gasto público”

## Nuevos artículos

### Salud como Sector Estratégico

#### Art. ...

“El Estado Ecuatoriano reconoce a la salud como un sector estratégico para el desarrollo nacional en un Estado social y comunitario de derecho, donde todos los participantes del sistema único de salud, deben regirse bajo los principios de: obligatoriedad, accesibilidad, solidaridad, gratuidad, equidad y justicia, integralidad, soberanía, diversidad, bioética, universalidad que rompa las barreras económicas, culturales y socio-económicas que no permiten el acceso, bajo la rectoría del MSP”

### Salud Sexual y Reproductiva

#### Art...

“El Estado garantizará la atención a la salud sexual y reproductiva sin ningún tipo de discriminación por sexo, preferencias sexuales, etáreas, culturales y religiosas a través de la promoción, educación, prevención y atención especializada que cree una cultura responsable y autónoma de las personas”

### Medicamentos e Insumos

#### Art...

“El Estado vigilara y garantizará la investigación, producción y expendio de medicamentos básicos e insumos, de preferencia los esenciales y alternativos, los relacionados con patologías del perfil epidemiológico de la población”

### Sistema de Información

#### Art. ...

“Estructurar un sistema de información único, con indicadores básicos de salud, el que deberá ser alimentado con reportes obligatorios, periódicamente entregados por todos los actores del sector salud. La sistematización, monitoreo y evaluación del mismo será responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, quien, además mantendrá un proceso de retroalimentación y socialización de la información de forma permanente”

### Otras propuestas

Elección de las autoridades de salud en base a carrera, que cumpla el perfil y tenga representatividad con una duración de 2 a 4 años y con evaluaciones periódicas (semestrales o trimestrales)”

Que se incluya un proceso de evaluación concreto y en caso de no responder a las necesidades de la institución, debe existir la posibilidad de destitución al personal de salud.

El Estado desarrollará las estrategias necesarias para la implementación de un sistema de aseguramiento que cubra las necesidades de la demanda y no sólo beneficie a la oferta institucional.

Inversión social prioritariamente en salud, para permitir el acceso a servicios de salud eficientes, alimentos, agua segura, acceso a la tierra, trabajo y vivienda, que garantice el bienestar con calidad de vida.

---

## **Mesa 2: Modelo de atención y de gestión para la extensión de la protección social en salud**

---

El acceso a los Servicios de Salud en el Ecuador, para un importante porcentaje de la población, está determinado por la capacidad de pago de los usuarios/as; la calidad del servicio que se ofrece varía de acuerdo al poder adquisitivo de quienes lo demandan. Los servicios de salud pública ofrecen una atención de “mala calidad” a bajo costo, en tanto, los servicios privados se rigen de acuerdo a las leyes del mercado (“mejor atención” mayor costo). La inequidad en el acceso a los servicios de salud, atenta contra un Derecho Humano fundamental el Derecho a la Vida.

Es responsabilidad del Estado garantizar el Derecho a la Salud y la Vida de todos los ciudadanos/as, la cobertura universal con servicios de calidad y gratuitos garantiza la protección social de la población y permite la reducción de la pobreza. Con base a lo anterior las propuestas son las siguientes:

1. La salud como bien social no será mercantilizada como objeto de lucro. La salud será gratuita en el marco del Estado Social de Derecho.
2. La salud será gratuita y de calidad en todos los servicios de Salud Pública del País.
3. Modelo de Atención universal, gratuito, equitativo incluyente, sin discriminación étnica, cultural, por orientación sexual, de género o cualquier otro tipo; humanizado que brinde una atención digna con calidad y calidez; con énfasis en la APS y la Promoción de Salud individual y colectiva; y la defensa y protección del medio ambiente se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario; promoverá la complementariedad intercultural y la articulación de la medicina Occidental y las Medicinas Tradicional y Alternativas.
4. El sector salud funcionará independiente de ingerencias políticas, las autoridades del sector serán designadas a partir de concursos de merecimientos con el control de la ciudadanía.
5. Las instituciones que forman parte del sector salud, públicas y privadas, participarán en forma obligatoria en la construcción del SNS.
6. Modelo de Atención que se aplique desde un enfoque de derechos y de género, generacional e intercultural. El enfoque de la atención será holístico considerando el aspecto biológico, psicológico, emocional, social, cultural, ecológico y espiritual del Ser Humano.
7. Se coordinará entre las instituciones del sector salud, educación y ambiente para la optimización en el uso de recursos en el marco del Sistema Nacional de Salud.

### Mesa 3: Financiamiento para garantizar la extensión de la protección social en salud

#### Cambios sugeridos al Art. 46 (Textos alternativos y complementarios)

“El financiamiento de las entidades públicas del sistema nacional de salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado y de otras fuentes que señale la ley, de tal manera **que se garantice la gratuidad del servicio**”. La asignación fiscal para salud se incrementará anualmente, independientemente del aumento de los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central.

“El presupuesto para la salud provendrá del presupuesto general del estado y de los recursos de fuentes permanentes estables y sostenibles particularmente de actividades de control y mitigación de impacto en la salud del individuo y el entorno”

“El Estado garantizará el acceso universal a servicios de salud, mediante las gestiones contributivas necesarias, para contar con impuestos específicos para el sector, que se entregarán de forma obligatoria, suficiente y oportuna del Presupuesto General del Estado”

“El Estado garantizará el acceso universal a servicios de salud preventivos y curativos a todos los ecuatorianos, para lo cual asignará el 8% de los ingresos fiscales que se incrementarán el 1% por año hasta llegar al 15%, para que de forma estable y permanente se cuente con los recursos correspondientes”

#### Otros artículos

##### Art. ...

“La cobertura universal en todo el territorio ecuatoriano será provisto de forma gratuita por el Sistema Nacional de Salud, el mismo que garantizará el buen uso de los recursos financieros y velará por que los presupuestos para esta materia sean siempre crecientes y que en mayor proporción deben orientarse a acciones preventivas”

##### Art. ...

“El Estado debe garantizar el financiamiento de servicios de salud a través del Sistema Único y gratuito de Aseguramiento Social, con la construcción de un Fondo Nacional alimentado por fuentes seguras, y permanentes dentro de un Sistema Nacional de Salud y sistemas locales únicos de salud. En este sistema, el Ministerio de Salud Pública, actuará como organismo rector y determinará las prestaciones a ser provistas y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, será el organismo responsable en materia financiamiento”

##### Art. ...

“El Estado debe garantizar el acceso a los servicios de salud a las personas sin discriminación de ningún tipo especialmente de carácter económico, mediante el adecuado control financiero y técnico; y, mecanismos de compensación que fortalezcan los presupuesto individuales de los integrantes del sistema nacional de salud”

##### Art. ....

“El financiamiento de la salud provendrá principalmente de recursos generados por imposiciones tributarias, una proporción de ellos se asignará al lugar geográfico donde se generaron para usarse en apoyo específico a las personas de la localidad que lo requieran”

##### Art. ...

“Se creará un Fondo Nacional de la Salud el cual administrará su presupuesto en función de organizar el Sistema Nacional de Salud y garantizar las mejores condiciones de acceso y cobertura para los usuarios del Sistema”

#### Otras propuestas

Considerar un Impuesto todas las actividades económicas que afecten a la salud y el medio ambiente para inversión en remediación y actividades preventivas en salud. Y de igual modo impuestos específicos a celulares y otros artículos suntuarios, así como a los cigarrillos y el alcohol.

Se debe eliminar los pagos y co-pagos o contribuciones de los usuarios de los servicios públicos de salud para garantizar el derecho a la salud y su acceso equitativo.

Considerar que es necesario cambiar el modelo económico para lograr equidad en la asignación de recursos a las áreas sociales como la salud, sobre todo para mantener un sólido enfoque de prevención y promoción.

En la nueva Constitución, se debe incluir una normativa para que los Gobiernos Seccionales asignen una parte de sus presupuestos para apoyar la ejecución de los planes locales de salud.



## Mesa 4: Salud y Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Cualquier persona, independientemente de su edad, sexo, nacionalidad, estado civil u orientación sexual tiene derecho al goce de su salud sexual y reproductiva de forma responsable y libre de violencia o coerción, y al acceso a los servicios que se inscriben en estas leyes.

Que en la nueva Constitución, se declare a la salud sexual y reproductiva como un derecho fundamental y una inversión prioritaria que va a redundar en una vida más digna y saludable para todos y todas nosotras.

Incorporar en el articulado constitucional de salud, la rendición de cuentas de las instituciones prestadoras de salud y la posibilidad de levantar sumarios éticos, técnicos y administrativos de cada muerte materna que ocurra.

Que se explicita como responsabilidad del Estado, impedir que las muertes maternas ocurran por problemas de atención oportuna de emergencias y que se creen mecanismos de sanción para el incumplimiento.

El Estado Ecuatoriano pluricultural y multiétnico, reconocerá e incorporará los conocimientos y las prácticas en salud de los diferentes pueblos y nacionalidades indígenas y del pueblo Afro-Ecuatoriano, a la práctica de la medicina occidental en los tres niveles de atención, garantizando la construcción de un modelo de atención Intercultural.

Que el Estado desarrolle planes nacionales sostenidos y masivos de promoción y prevención en salud en el cual se garanticen los derechos de todos los ciudadanos y ciudadanas ejercer el derecho a la salud, en coordinación con todas las instituciones involucradas.

Se garantizará la lactancia materna exclusiva a través de un seguro materno de 6 meses.

La Constitución debe establecer la máxima sanción para las personas que explotan sexualmente niños, niñas y adolescentes y la trata de personas.

Promover el aseguramiento de salud para todas las mujeres y sus familias en condiciones de equidad e integralidad, como parte del derecho a la salud y en el marco del sistema público.

## Mesa 5: Anteproyecto de Ley de Carrera Sanitaria

“El Estado garantizará el derecho de la fuerza de trabajo en salud en el ámbito público y privado de todas las instituciones integrantes del Sistema Nacional de Salud a su desarrollo integral mediante la implementación efectiva y el financiamiento suficiente de la carrera sanitaria como un proceso de relacionamiento y armonización de los derechos y obligaciones del ciudadano-usuario, de los trabajadores de la salud y los requerimientos de las instituciones prestadoras de servicios, contribuyendo de esta manera a mejorar los niveles de salud y elevar la calidad de vida de toda la población que habita el territorio ecuatoriano”.



## Declaración de Cuenca

11 de abril de 2006

### “Por una Salud Equitativa, Digna y de Calidad”

Los representantes al III Congreso Nacional por la Salud y la Vida, “Dr. César Hermida Piedra” reunidos en la ciudad de Cuenca del 9-11 de abril de 2007, luego del análisis de las propuestas formuladas en los talleres pre-Congreso a nivel nacional para el desarrollo del Plan de Acción 2007-2009 y consideración de la próxima Asamblea Nacional Constituyente, declaramos:

1. Ratificar a la salud individual y colectiva de los y las ecuatorianas como derecho humano fundamental y fuente primordial de bienestar y del desarrollo social y económico de la nación.
2. Reafirmar la voluntad y el compromiso político de los y las actores participantes del sector salud para impulsar las políticas y acciones necesarias tendientes a efectivizar el ejercicio pleno del derecho a la salud, base fundamental de la ciudadanía en salud y garantía de acceso justo a los bienes y servicios de salud, en condiciones de equidad, universalidad y solidaridad.
3. Reconocer que existen avances en el sector salud, y en la construcción del sistema nacional de salud, sin embargo los mismos no han sido suficientes para revertir las tendencias de la inequidad y la exclusión social en la que vive la mayor parte de nuestra población y por ello resuelven participar en un cambio profundo de las estructuras del sector salud, en el marco de un nuevo modelo político, económico y de desarrollo nacional.
4. Que la economía debe estar al servicio del ser humano y no al revés; en consecuencia, el estado garantizara un sistema sanitario en el que la salud deje de ser un privilegio y se constituya en eje del bienestar ciudadano con equidad y dignidad como parte de una agenda política de protección social que beneficie a todos y todas, priorizando la inclusión de los grupos más vulnerables.

5. En el marco de este enfoque de la salud como derecho y bien público garantizado por el estado, se deberán llevar a cabo las siguientes propuestas:

#### Rectoría y sistema de salud

- Desarrollar estrategias que permitan cumplir de modo efectivo y seguro las normativas constitucionales y legales relacionadas con la salud.
- Considerar modificaciones puntuales a los artículos de la sección de salud en la constitución vigente, orientados a precisar la efectivización del Derecho a la Salud, la gratuidad de los servicios públicos, la rectoría del Ministerio de Salud en la construcción del Sistema Nacional de Salud.
- En la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, se debe cambiar al término coordinación, por rectoría.

#### Modelo de atención

Constituye política de estado garantizar el derecho a la salud y a una vida digna. La salud será considerada un bien social y no objeto de lucro. Se de-



sarrollará desde un enfoque de derechos en base a un modelo de atención que funcione bajo los principios de universalidad, gratuidad, equidad, calidad, integralidad y diversidad. Ninguna persona será objeto de discriminación por su condición económica, social, étnica, cultural, de género, generacional, opción sexual, discapacidades o cualquier otro tipo; la atención de la salud será humanizada y digna.

Las acciones de salud se desarrollarán en los ambientes familiar, laboral, educativo y comunitario, con énfasis en la atención primaria, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Considerará a la persona como un ser holístico en sus dimensiones bio-psico-social, emocional, cultural, ecológica y espiritual; teniendo como eje transversal la interculturalidad y la articulación de la medicina occidental y las medicinas tradicional y alternativas.

El modelo de gestión se organizará desde la demanda diversa y la realidad local, regional y nacional, bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública; será efectivo, eficiente y eficaz. Los recursos se distribuirán equitativamente considerando las zonas y grupos poblacionales vulnerables y en riesgo, por: condiciones que afectan la salud sean estas naturales, étnico culturales, sociales, económicas, ambientales o geográficas (zonas de frontera). Se coordinará con las instituciones del sector salud, educación y ambiente para la optimización en el uso de recursos. Su gestión será desconcentrada, descentralizada y participativa en el marco del Sistema Nacional de Salud.

Se garantizará la participación social y ciudadana para el ejercicio de derechos, la toma de decisiones y el control de la gestión, con el fin de evitar actos de corrupción y negligencia para lo que se conformarán veedurías ciudadanas responsables y capacitadas; se generarán procesos de rendición de cuentas obligatorias por parte de las instituciones del Sistema.

### **Financiamiento**

Para el aseguramiento universal de salud, los servicios públicos serán gratuitos, es decir, sin costo directo para el usuario para lo cual es necesario un sistema de financiamiento basado en impuestos, y otras fuentes fiscales estables, con claros mecanismos de exigibilidad y sostenibilidad. El financiamiento público para la salud debe incrementarse en 0.5% anualmente hasta alcanzar el 4% del PIB, de acuerdo al mandato popular.

### **Salud y Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**

Que todas las personas, en especial los y las jóvenes, adolescentes y las mujeres diversas en un nuevo escenario de un país incluyente y equitativo, ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos, vivan libres de violencia sexual y de género, y VIH/Sida, donde cada embarazo sea deseado, cada parto sea seguro, sin muertes maternas evitables.

Reafirmar que el Ecuador es un Estado laico y el derecho de todos y todas a decidir y al ejercicio de nuestros derechos sexuales y derechos reproductivos con autonomía.

El Estado declara a la corrupción como un crimen de lesa humanidad, que merece las sanciones máximas y que son imprescriptibles en el tiempo.

Fortalecer e implementar los centros, subcentros y hospitales garantizando servicios con recursos humanos, equipamiento, insumos y materiales.

Reconocer y garantizar el respeto a la diversidad sexual y a la opción laboral de las personas.

Rechazar toda forma de violencia contra las mujeres y que se reconozca como una causa de mortalidad materna

Derogar decretos que se contradicen con las disposiciones constitucionales y legales que garantizan los derechos sexuales y reproductivos.

Asumir las agendas de los Comités de Usuarías de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, de los y las adolescentes y jóvenes como mandatos de este Congreso.

### **Carrera Sanitaria**

Los participantes ratificaron que es importante la elaboración de un Proyecto de Ley Orgánica de Carrera Sanitaria pero que es necesario una mayor reflexión conceptual para reformular el articulado propuesto.

Se requiere el cambio de la situación de salud del país a través de dos ejes: i) el cambio de actitud de los actores del sector salud; y, ii) el desarrollo de la Carrera Sanitaria equitativa y justa.

Es necesario continuar con un trabajo permanente y continuo que permita en el menor tiempo posible, elaborar la propuesta de Ley Orgánica de Carrera Sanitaria (LOCS).

Incorporar la Carrera Sanitaria en la nueva Constitución.

Que el Consejo Nacional de Salud se comprometa a la brevedad a convocar y auspiciar una reunión sobre este tema.

6. Para sustentar los procesos de cambio en el largo plazo y en el marco de una nueva Constitución orientada al bien común sobre el particular, respaldamos decididamente las propuestas del presente Congreso para la Asamblea Nacional Constituyente y que tienen como ejes los siguientes lineamientos:
    - a. El Ecuador es un Estado social de derecho y laico.
    - b. Concepción integral de la salud como derecho humano fundamental (personas y medio ambiente).
    - c. Garantía del estado del derecho a la salud y de los derechos sexuales y derechos reproductivos de todas las personas sin ningún tipo de discriminación.
    - d. Garantizar la participación ciudadana, vigilancia y control social. Erradicar la corrupción en todos los ámbitos.
    - e. La salud como bien público e inversión social prioritaria.
    - f. Gratuidad en los servicios de salud financiados por el Estado.
    - g. Estructuración de un Sistema Nacional de Salud para el aseguramiento universal (eje: MSP-IESS) en el que participen las instituciones públicas y privadas.
    - h. Fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud Pública.
    - i. Modelo de atención integral y redes plurales de servicios que reconozcan la diversidad poblacional.
    - j. Financiamiento suficiente y de fuentes sostenibles.
    - k. Desarrollo integral de los recursos humanos.
    - l. Acción intersectorial para la promoción de la salud.
    - m. Incorporación de la normativa internacional que en materia de derechos y de salud el Estado ha suscrito y ratificado.
  7. Apoyar y consolidar el proceso de institucionalización del Consejo Nacional de Salud y de los consejos provinciales y cantonales de salud como espacios de concertación sectorial y participación social organizada en salud y veeduría social.
  8. Encomendar al Consejo Nacional de Salud la preparación del Plan de Acción para el periodo 2007-2009 del III Congreso por la Salud y la Vida.
  9. La propuesta de salud para la Asamblea Nacional Constituyente, será presentada por la Señora Ministra de Salud, en su calidad de Presidenta del Consejo Nacional de Salud.
  10. Respalda la Declaratoria de Cuenca como “Ciudad Saludable”, ejemplo señero en la construcción de espacios de promoción de la salud y vida saludable.
  11. Convocar al IV Congreso por la Salud y la Vida en la ciudad de Loja.
  12. Compromiso final de los representantes en sus instituciones y organizaciones para la vigilancia, y movilización en defensa de esta Declaración.
- Declaración dada en Cuenca, ciudad saludable, a los 11 días del mes de abril de 2007.



## Consolidado por actores y ámbitos de responsabilidad de los lineamientos del Plan de Acción del III Congreso por la Salud y la Vida

Líneas del Plan de Acción	MSP	SNS CONASA	Cooperación Técnica*	Otros
Desarrollar estrategias que permitan cumplir de modo efectivo y seguro las normativas constitucionales y legales relacionadas con la salud				
Incluir acciones y recursos para desarrollar procesos de difusión y capacitación en relación con el marco legal y normativo de salud				
Perfeccionamiento del marco legal y la capacidad institucional para el ejercicio de la rectoría				Comisión de Salud del Congreso Nacional
Revisar el marco legal, de tal manera que permita fortalecer el Sistema Nacional de Salud				
Promover la definición de una política de recursos humanos		CONARHUS		
Fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud Pública con aceptación ciudadana				Movimientos Sociales Frente de defensa de salud de los pueblos
Extensión del derecho a la salud para los migrantes				Ministerio de Relaciones Exteriores
Luchar contra la corrupción en todos los estamentos de salud				Comité Cívico de Control de la Corrupción
El modelo de atención consensuado en el III Congreso por la salud y la Vida se constituirá en el modelo con el que funcionarán todas las instituciones del SNS, bajo la rectoría del MSP				
Se decretará la participación e integración obligatoria de todas las instituciones que forman parte del Sistema				Gobierno Nacional Comisión de Salud del Congreso Nacional
Todas las instituciones del sector tendrán la obligación de transparentar sus recursos con el fin de garantizar equidad en el uso de los mismos				Gobierno Nacional Comisión de Salud del Congreso Nacional
Se conformarán los Consejos Parroquiales de Salud como instancias locales del Sistema Nacional de Salud				
Despolitización del Sector Salud. Las Direcciones técnico-administrativas y operativas en todos los niveles de atención, serán otorgadas bajo concursos de merecimiento con la participación de la ciudadanía				Gobierno Nacional
Se garantizará la participación social y ciudadana para el ejercicio de derechos; la toma de decisiones; y el control de la gestión con el fin de evitar actos de corrupción y negligencia en la atención del usuario; para lo que se conformarán veedurías ciudadanas corresponsables y capacitadas adscritas a los servicios de salud del SNS		CONASA Consejos Cantonales de Salud		Movimientos Sociales Comités de Usuaris y Usuarios

\* Apoyo y cooperación técnica de la OPS/OMS, UNFPA y UNICEF para las instituciones del Sistema Nacional de Salud

Líneas del Plan de Acción	MSP	SNS CONASA	Cooperación Técnica*	Otros
Reestructuración del MSP en función del modelo y del fortalecimiento de su rectoría, priorizando: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reingeniería de procesos a nivel central y local</li> <li>▪ Reordenamiento territorial de las Áreas de Salud de acuerdo a requerimientos locales</li> </ul>				
Distribución equitativa de las Unidades de Salud del MSP y de otros proveedores del SNS				
El funcionamiento del SNS se basará: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fortalecimiento de los Consejos, conformación y funcionamiento de los Consejos Parroquiales, Cantonales y Provinciales de Salud que no se han constituido; y elaboración participativa de los planes de salud por niveles, los mismos que se insertarán en los planes locales de desarrollo</li> </ul>				
Garantizar la conformación de la Red de Servicios de Salud integral, integrada e intercultural con la articulación funcional y operativa de todas las instituciones públicas y privadas y prestadores tradicionales de los servicios de salud				
Funcionamiento óptimo de los niveles de atención según el nivel de complejidad de los servicios				
Los servicios de salud pasarán por procesos, licenciamiento, acreditación y aplicación de normas ISO con el propósito de garantizar el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia, la ampliación de coberturas y una atención digna con calidad y calidez				
Se establecerán procesos de licenciamiento de proveedores de medicinas tradicionales y alternativos				
La gestión y la atención se organizarán desde la demanda diversa y la realidad local, regional y nacional				
Se distribuirán equitativamente los recursos considerando las zonas y grupos vulnerables y de riesgo sean estos: naturales, étnico- culturales, sociales, ambientales o de frontera				Ministerio de Finanzas
Los perfiles del personal de salud: occidental, alternativo y tradicional con el que se formarán los Recursos Humanos en las universidades, estarán orientados hacia la aplicación del Modelo Atención		CONARHUS		CONESUP AFEME
Se propiciará la formación de RHUS Comunitarios a través de múltiples mecanismos como becas comunitarias financiadas por el Estado. El mismo que garantizará la sostenibilidad de los servicios a nivel local		CONARHUS		CONESUP AFEME
Los bienes y recursos públicos de salud no serán asignados a instituciones privadas				Gobierno Nacional

\* Apoyo y cooperación técnica de la OPS/OMS, UNFPA y UNICEF para las instituciones del Sistema Nacional de Salud

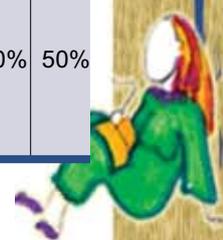


Líneas del Plan de Acción	MSP	SNS CONASA	Cooperación Técnica*	Otros
Se promocionará y difundirá las políticas y leyes de salud a nivel nacional y local				
Las líneas de acción del III Congreso por la Salud y la Vida serán de aplicación obligatoria para lo cual se establecerá un Plan de Acción Nacional que defina responsables, planes y recursos				
Protección social en salud para todas y todos los habitantes del territorio ecuatoriano				Ministerios del Frente Social y de Finanzas
Para la extensión de la protección social en salud es necesario el financiamiento público con claros mecanismos de exigibilidad y sostenibilidad				
Las fuentes de financiamiento serán públicas, no debe ser menor al 3.4% del PIB a partir del 2008 y se incrementará en 0.5% anualmente				Gobierno Nacional Ministerio de Finanzas
Las fuentes de financiamiento deben ser estables (que no se modifiquen)				Gobierno Nacional Ministerio de Finanzas
Criterios de equidad para la distribución de los recursos en salud				Gobierno Nacional
Criterios de asignación: geográficos, poblacionales, perfil epidemiológico, pobreza				Gobierno Nacional
Para el manejo de los fondos públicos, organización de veedurías ciudadanas				Movimientos Sociales
Implementación de mecanismos de exigibilidad a través de ordenamiento jurídico				Gobierno Nacional
Exigibilidad de que se cumpla la ley de responsabilidad y transparencia fiscal				Gobierno Nacional
Optimización de los recursos financieros para mejorar las instituciones y organizar un Sistema Nacional de Salud				

\* Apoyo y cooperación técnica de la OPS/OMS, UNFPA y UNICEF para las instituciones del Sistema Nacional de Salud

**Plan Operativo de Actividades del Consejo Nacional de Salud 2007 ajustado a los lineamientos del Plan de Acción del III Congreso por la Salud y la Vida  
"Dr. César Hermida Piedra"**

Proceso	Comisión Técnica	Productos	Acciones principales de gestión institucional, planes, programas, etc., (indicar brevemente en que consiste cada uno)	Ámbito geográfico	Metas	Unidad Responsable	Indicadores	Cronograma de ejecución por trimestres en %			
								I	II	III	IV
Promoción	Promoción de la Salud	Plan de Acción de Promoción de Salud	Publicación de la Política de Promoción y el Plan de Acción	nacional	1500 ejemplares de la Política de Promoción y el Plan de Acción publicados	CONASA	Documento publicado y distribuidos según planificación		50%	50%	
			Talleres regional es para difusión de la política y el plan de acción enfatizando en los derechos y la interculturalidad		3 talleres regionales	Comisión de Promoción de la Salud	Número de talleres realizados			100%	
			Monitoreo de la inclusión del Plan de Acción de Promoción de la Salud en los Planes Locales de Salud		Planes de salud cantonal incluyen los lineamientos del plan de acción		10% de consejos cantonales conformados incluyen los lineamientos del plan intersectorial de Promoción			50%	50%
	Organización y Participación Social	Consejos de Salud fortalecidos	Elaboración de la Guía	nacional	Guía Elaborada	Comisión de Organización y Participación Social	Guía elaborada al 100%		100%		
			Publicación y difusión de la Guía		1500 ejemplares de la guía publicada y difundida		Porcentaje de documentos entregados según planificación			50%	50%
			Apoyar la conformación y funcionamiento de los CCS Y CPS		15 Consejos de Salud en pleno funcionamiento		Número de Consejos de Salud conformados			50%	50%
			Seguimiento y monitoreo del funcionamiento de los CCS				Número de Consejos de Salud funcionando			50%	50%
			Ejecución de tres talleres para intercambio de experiencias		10% de consejos de salud intercambian experiencias y experticias		Número de talleres realizados			50%	50%



Proceso	Comisión Técnica	Productos	Acciones principales de gestión institucional, planes, programas, etc., (indicar brevemente en que consiste cada uno)	Ámbito geográfico	Metas	Unidad Responsable	Indicadores	Cronograma de ejecución por trimestres en %			
								I	II	III	IV
Promoción	Organización y Participación Social	III Congreso por la Salud y la Vida	Ejecución del III Congreso por la Salud y la Vida y 22 talleres previos	nacional	Realizar el III Congreso por la Salud y la Vida	CONASA	Congreso realizado	20%	80%		
			Diseño del plan de seguimiento de los compromisos del III Congreso		Plan de seguimiento del III Congreso por la Salud y la Vida		Plan elaborado		50%	50%	
	SDSR	Plan de Acción de SDSR publicado y difundido	Publicación y distribución del Plan	nacional	2000 ejemplares impresos	CONASA	Porcentaje de documentos distribuidos según planificación	25%	25%	25%	25%
			Tema difundido en los talleres pre-Congreso		100% de talleres precongreso con inclusión de temas del Plan de SDSR	Comisión de SDSR	Porcentaje de talleres pre-Congreso con inclusión del tema	100%			
Planificación	Prestaciones	Protocolos del Conjunto de Prestaciones Nacionales de Salud publicados	Talleres de socialización de los protocolos	nacional	10 talleres de presentación de protocolos	Subcomisión de prestaciones			30%	50%	20%
			Elaboración, Publicación y distribución de los Protocolos del Conjunto de Prestaciones del SNS		5000 ejemplares del Conjunto de Prestaciones publicado		Porcentaje de documentos entregados según planificación			50%	50%
		Modelo de costeo del Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud	Consultoría para la elaboración del costeo del Conjunto de Prestaciones del SNS		Tres talleres nacionales		Número de talleres realizados				100%
	SMYE	Sistema Común de Información en Salud	Diseño del Sistema Común de Información Sectorial	nacional	Contar con un Sistema Común de Información para el sector salud	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación	Sistema Común de Información Sectorial diseñado y consensuado		25%	50%	25%

Proceso	Comisión Técnica	Productos	Acciones principales de gestión institucional, planes, programas, etc., (indicar brevemente en que consiste cada uno)	Ámbito geográfico	Metas	Unidad Responsable	Indicadores	Cronograma de ejecución por trimestres en %			
								I	II	III	IV
Planificación	Cuentas Nacional	Publicación y difusión de Cuentas Satélites 2003	Coordinación con el INEC y MSP para la revisión del documento de Cuentas Satélites	nacional	1000 ejemplares del documento publicado y difundido	Subcomisión de Cuentas Nacionales	Porcentaje de los documentos entregados según planificación		50%	50%	
		Propuesta de elaboración de Cuentas Satélites	Cinco talleres para realizar monitoreo y análisis de la información financiera del Sistema		CNS 2005 elaboradas		Documento de CNS 2005 elaborado		50%	25%	25%
	Financiamiento	Observatorio del financiamiento del sector salud	Investigación de criterios de presupuestación	nacional	Se contará con un informe sobre los mecanismos de asignación de recursos en salud	Comisión de financiamiento			25%	25%	50%
			Estudios de mecanismos de asignación de recursos del sector salud				Informe escrito de las fuentes y usos de los recursos de la salud			50%	50%
	HCU	Historia clínica única por especialidad revisada	Reuniones con autoridades del MSP y Subcomisión HCU para la revisión de la Historia Clínica de 3 especialidades	nacional	Consenso sobre propuesta de HCU por especialidades	CONASA	Historia Clínica por especialidad revisada y consensuada		25%	25%	50%
		RMOP HCU difundida	Tres talleres regionales para capacitar en RMOP		Tres talleres realizados		Número de talleres realizados		25%	50%	25%
	Recursos Humanos	Anteproyecto de Ley de Carrera Sanitaria	Ejecución de 3 talleres para concertar los contenidos del Anteproyecto de LOCS	nacional	Documento de contenidos de Anteproyecto de Ley de Carrera Sanitaria	CONARHUS	Número de talleres realizados Porcentaje de instituciones que han participado en los talleres de revisión del Anteproyecto		50%	50%	
			Sistematizar las observaciones de los talleres para concertar los contenidos del Anteproyecto de LOCS		Disponer en el SNS de la Ley Orgánica de Carrera Sanitaria y su Reglamento		Acta de entrega a la CONARHUS de la versión final del Anteproyecto de la LOCS				100%
		Reglamento de Ley de Carrera Sanitaria	Contratación de consultoría para la formulación del Reglamento a la LOCS	Disponer de la LOCS y su Reglamento aprobados por el Congreso Nacional		Acta de entrega del Reglamento a la LOCS a la CONARHUS				100%	

Proceso	Comisión Técnica	Productos	Acciones principales de gestión institucional, planes, programas, etc., (indicar brevemente en que consiste cada uno)	Ámbito geográfico	Metas	Unidad Responsable	Indicadores	Cronograma de ejecución por trimestres en %			
								I	II	III	IV
Planificación	Recursos Humanos	Reglamento de Ley de Carrera Sanitaria	Ejecución de 6 talleres para socializar y concertar los contenidos del Reglamento a la LOCS	nacional		CONARHUS	Número detalleres realizados Porcentaje de instituciones participantes en los talleres de revisión del reglamento a la LOCS			100%	
			Sistematización de aportes al reglamento a la LOCS		Disponer de la LOCS y su correspondiente Reglamento discutidos y aprobados		Aprobación de la CONARHUS del Reglamento a la LOCS			50%	50%
		Propuesta de Certificación y Recertificación de Médicos, Enfermeras, Odontólogos y Obstetrices	2 Talleres para el análisis y definición de la propuesta de certificación y recertificación		Disponer de una propuesta de certificación y recertificación para el Sistema		Porcentaje de instituciones participantes en talleres de consulta				100%
		Observatorio de RRHH en salud funcionando	Implementación de acuerdos de gestión para producir información sobre recursos humanos		Observatorio de recursos humanos funcionando en red con nodos de apoyo a la producción de información		Plan de acción del ORHUS con objetivos y productos definidos en acuerdos de gestión con instituciones de apoyo			50%	50%
			Auspicio del ORHUS a iniciativas de generación de conocimiento en el tema de RHUS.		5 investigaciones sobre el tema de RHUS adjudicadas		Número de acuerdos de gestión firmados con instituciones de apoyo			50%	50%

Proceso	Comisión Técnica	Productos	Acciones principales de gestión institucional, planes, programas, etc., (indicar brevemente en que consisten)	Ámbito geográfico	Metas	Unidad Responsable	Indicadores	Cronograma de ejecución por trimestres en %			
								I	II	III	IV
Investigación	Ciencia y Tecnología	Plan de Acción de la Política de Investigación en Salud publicado y difundido	Publicación y difusión del Plan de Acción de la Política (2000 ejemplares)	nacional	2000 ejemplares publicados y distribuidos en las instituciones del SNS	CONASA	Porcentaje de documentos distribuidos			50%	50%
		VI Foro de Investigación en Salud	Ejecución de tres talleres preparatorios del VI FORNISA		Tres talleres con representantes del SNS	Comisión de Ciencia y Tecnología	Número de talleres realizados	50%	50%		
			VI Foro de Investigación en Salud		VI FORNISA realizado		Foro realizado		100%		
			Elaboración y publicación de Memorias del V y VI FORNISA		1000 ejemplares del documento publicado		Documentos publicados			70%	30%
		Eventos científicos desarrollados	Seminarios talleres de actividades científicas		Tres seminarios de actividades científicas	No. de seminarios realizados	10%	20%	40%	30%	
	Bioética	Aprobación y publicación de la Política de Bioética	Incorporación de las observaciones del Directorio a la Política	Política aprobada por Directorio	Comisión de Bioética y Directorio CONASA	Política aprobada		50%	50%		
			Publicación del documento de política y difusión	Política publicada (1000 ejemplares)	CONASA	Porcentaje de documentos entregados			50%	50%	
		10 Comités de Bioética hospitalarios conformados	Apoyo para la conformación de 10 Comités de Bioética	10 comités de Bioética hospitalarios conformados	3 talleres pre foro	Comisión de Bioética	Nº de comités hospitalarios de Bioética conformados		25%	50%	25%
		VI Foro de Bioética	Talleres pre foro	Foro			Nº de talleres pre foro		100%		
		Foro	Foro	Foro realizado				100%			
	Medicamentos	Difusión de productos	Impresión de CNMB y Registro Terapéutico Nacional	15000 ejemplares de CNMB y 15000 ejemplares de RTN publicados	CONASA	Porcentaje de documentos reproducidos		50%	50%		
			Difusión de la Política de Medicamentos, CNMB y RTN	Distribución de los documentos en las instituciones del SNS	Comisión de Medicamentos	% de documentos distribuidos según planificación		50%	50%		
Cuadro Básico de Insumos Médicos elaborado		Elaboración y publicación del Cuadro Básico de Insumos Médicos	Contar con el Cuadro Nacional Básico de Insumos Médicos	Cuadro Nacional Básico de Insumos Médicos elaborado			10%	40%	50%		
Calificación proveedores medicamentos genéricos 2007		Calificación de proveedores de medicamentos genéricos	Listado de proveedores calificados 2007	Listado de proveedores	25%	25%	25%	25%			

# CONCERTACIÓN CIUDADANA EN SALUD

HACIA LA ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE

## Propuesta del articulado en salud para la Asamblea Nacional Constituyente<sup>1 2 3</sup>

4 de mayo de 2007

### “Por una Salud Equitativa, Digna y de Calidad”

#### Documento de trabajo

#### A. Antecedentes

- a. Constitución vigente desde 1998, resultado de Asamblea Constitucional, incorpora avances significativos para el desarrollo de la salud pública en el Ecuador, en la sección cuarta:
  1. Visión integral de la salud;
  2. Garantía del Estado del derecho a la salud;
  3. Rol del Estado en Políticas de salud y regulación del sector;
  4. Inclusión de medicina tradicional y alternativa;
  5. Promoción de cultura por la salud;
  6. Organización del Sistema Nacional de Salud; y,
  7. Financiamiento público incremental.
- b. Sin embargo, hay textos insuficientes, contradictorios (derecho a la salud vs. financiamiento; gratuidad parcial de los servicios públicos, etc.) y sin cohesión sistémica (vigencia de SNS y SNSS), así como una serie de textos sobre diferentes materias de salud dispersos en toda la Constitución.
- c. Con la oportunidad de una Asamblea Nacional Constituyente, se plantea el siguiente borrador de propuesta, sustentada en los aportes y los resultados del III Congreso Nacional por la Salud y la Vida, de los talleres realizados por el Ministerio de Salud Pública para el efecto y en particular de la Declaración de Cuenca.

#### B. Objetivos de la propuesta

- a. Asegurar que el derecho a la salud pueda cumplirse mediante instrumentos de protección jurídica, institucional y financiera.
- b. Asegurar mecanismos para el acceso equitativo a los bienes y servicios de salud, sin exclusiones.
- c. Incorporar las innovaciones conceptuales en materia de salud y derechos humanos.
- d. Cohesionar la propuesta del Sistema Nacional de Salud y su gestión desconcentrada, descentralizada y participativa.
- e. Explicitar el financiamiento para servicios públicos de salud sin costo directo para el usuario y su sostenibilidad (Ministerio de Salud e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social).
- f. Incorporar elementos relativos a la rectoría del Ministerio de Salud en el Sistema Nacional de Salud, al modelo de atención, promoción de la salud, desarrollo integral de los recursos humanos a través de la Carrera Sanitaria, participación social y veedurías ciudadanas.

1 MSP: Subsecretaría General de Salud y Dirección General de Salud.

2 CONASA: Dirección Ejecutiva.

3 Cooperación Externa: OPS/OMS, UNFPA y UNICEF.

## C. Marco general de la propuesta

La situación de salud en el Ecuador acusa deficiencias sustantivas en equidad, cobertura, calidad y eficiencia, que deben ser corregidas para garantizar el acceso regular a los servicios de salud públicos, principalmente en las zonas rurales, zonas de frontera y urbano-marginales.

Se trata de solucionar los altos índices de pobreza, las carencias alimentarias y nutricionales, deficientes condiciones medio-ambientales, de la vivienda, analfabetismo, la falta de una cultura preventiva, gestión centralizada, segmentada y fragmentada con recursos humanos desmotivados y mal remunerados, y una limitada participación social en el ejercicio del derecho a la salud y en control de la gestión local.

Todo lo anterior, exige el desarrollo de una normativa Constitucional sólida que sobre la base de los avances de la actual Constitución vigente, permita en la nueva Constitución sustentar un proceso de cambio más profundo en el sector de la salud, que a la par que establezca y refuerce la garantía del derecho a la salud, señale también los medios para su ejercicio efectivo, promoviendo políticas y acciones intersectoriales para mejorar las condiciones generales de vida y salud; y estructurando un Sistema Nacional de Salud plural de base pública sólida (Eje: Ministerio de Salud e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social), que asegure el acceso equitativo, universal y gratuito a los bienes y servicios de salud integrales y de calidad, con participación social organizada, gestión descentralizada y financiamiento suficiente, solidario y sostenible.

## D. Contenidos para el articulado

### 1. Derecho a la salud

#### Art....

El Estado reconoce a la salud como un derecho humano fundamental, inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado. Es un bien público incluyente, eje estratégico para el desarrollo nacional y componente esencial de la protección social. El Estado garantiza el derecho a la salud de todos los habitantes del territorio nacional; su promoción y protección, mediante la gestión de políticas económicas y sociales favorables a la salud y la vida, y la disponibilidad de servicios de salud de calidad, adecuados a las necesidades, con respeto a la dignidad humana, la diversidad y los valores culturales.

### 2. Sistema Nacional de Salud

#### Art....

El Estado organizará y fortalecerá el Sistema Nacional de Salud, basado en la integración obligatoria de la red de atención y financiamiento de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y de las otras instituciones públicas, autónomas, comunitarias y privadas con y sin fines de lucro, pertenecientes al sector y de otras cuyo accionar se relacione con la salud, para asegurar el

derecho a la salud con acceso equitativo y universal a los servicios públicos de salud, sin costo directo para el usuario. El Sistema Nacional de Salud se gestionará de manera desconcentrada, descentralizada y participativa, incluyendo la veeduría ciudadana.

### 3. Autoridad Sanitaria Nacional

#### Art...

El Estado, a través del Ministerio de Salud Pública, con la concertación sectorial, articulación interinstitucional e intersectorial del Consejo Nacional de Salud, es el responsable de formular la política nacional de salud, vigilar su aplicación, regular y controlar el funcionamiento de las entidades del sector. El Estado reconocerá, valorizará, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas ancestrales de los pueblos y nacionalidades indígena y afroecuatoriana, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos.

#### Art....

La rectoría del Sistema la ejerce el Ministerio de Salud Pública, con el apoyo de los Consejos de Salud: nacional, provinciales y cantonales.

### 4. Modelo de Atención

#### Art....

El Modelo de Atención de salud será integral, integrado y humanizado, con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de cobertura individual, familiar y comunitaria, brindada a través de redes plurales, con calidad, calidez y respeto de las diversidades de género, generacional y étnico-cultural. Comprende el conjunto de acciones y servicios para la seguridad alimentaria y nutricional, la provisión de agua potable y saneamiento básico, la salud sexual y salud reproductiva, el fomento de ambientes y conductas saludables en lo familiar, laboral, educativo y comunitario; y, el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a las acciones y servicios de salud, conforme a los principios de equidad, justicia social, gratuidad, universalidad, solidaridad, calidad, eficiencia y bioética.



En los casos de riesgo inminente para la vida los servicios de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios son obligatorios en los establecimientos públicos o privados sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previo.

## 5. Financiamiento

### Art....

El financiamiento de las entidades públicas del Sistema Nacional de Salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes, oportunos y sostenidos del Presupuesto General del Estado, de las entidades empleadoras públicas y privadas y de los afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social quienes aportarán de modo proporcional a sus ingresos, así como de otras fuentes que señale la ley, para cumplir los objetivos del Sistema.

Para garantizar los servicios públicos, sin costo directo para el usuario, la asignación del Presupuesto General del Estado al sector salud fiscal se incrementará anualmente en 0.5 % del PIB hasta completar un 4 % del PIB, a partir de lo cual se incrementará anualmente en la misma proporción en que aumenten los ingresos corrientes totales del Presupuesto General del Estado.

El Ministerio de Economía y Finanzas transferirá de manera automática y oportuna los fondos asignados a cada unidad ejecutora desconcentrada y en su ejecución presupuestaria, no habrá reducciones en esta materia.

El Estado es propietario de los bienes y servicios públicos de salud, los cuales no podrán ser privatizados.

## 6. Participación Social

### Art....

El Estado promoverá y garantizará la participación social para el ejercicio de los derechos y deberes en salud, la formulación de políticas y toma de decisiones y el control de la gestión de los servicios de salud, con el fin de asegurar los principios de una atención equitativa, digna y de calidad. Se conformarán veedurías ciudadanas responsables y capacitadas, para fortalecer la acción de los Consejos de Salud: nacional, provinciales y cantonales.

## 7. Recursos Humanos

### Art....

El Estado garantiza el desarrollo integral de la fuerza de trabajo en salud en todas las entidades que integran el Sistema Nacional de Salud mediante la implementación de la Carrera Sanitaria que armonice el derecho ciudadano a la salud con los derechos de la fuerza de trabajo del sector salud y las necesidades de las instituciones prestadoras de servicios.

Las partidas del personal de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud serán dependientes del nivel nacional, mientras que las plazas estarán sujetas a las necesidades y requerimientos de la gestión local de los servicios de salud.

La formación de los recursos humanos en salud a cargo de las Universidades se realizará coordinadamente con las entidades del Sistema Nacional de Salud, del cual forman parte.

El financiamiento de la Carrera Sanitaria en las entidades públicas del Sistema, constará anualmente en el Presupuesto General del Estado.

## 8. Promoción de la Salud

### Art...

El Estado promoverá una cultura por la salud y la vida para lo cual formulará políticas públicas orientadas al desarrollo de la ciudadanía en salud, con énfasis en los derechos humanos, la democratización del conocimiento y la construcción de valores y prácticas que posibiliten el respeto entre las personas, el ejercicio de sus derechos, los marcos jurídicos que los regulan y la corresponsabilidad social en salud.

Todo ello con la participación y movilización de la sociedad, la acción intersectorial coordinada, la participación de los gobiernos locales a través de los Consejos cantonales y provinciales de salud y la colaboración de los medios de comunicación social.

## E. Recomendaciones

### a. En lo inmediato

1. Presentación de la propuesta para conocimiento de la Señora Ministra de Salud Pública
2. Revisión de propuesta con abogados constitucionalistas
3. Concertación con los representantes del Directorio del Consejo Nacional de Salud
4. Entrega por parte de la Señora Ministra de Salud de la propuesta a Comisión del CONESUP y a otras instancias

### b. En lo mediano (próximos 5 meses)

1. Concertar la propuesta con otras propuestas provenientes de otros sectores (Universidades,

Movimientos Políticos y sociales, Fundaciones, etc.) alrededor de los ejes fundamentales de la misma y que se mencionan en los objetivos (Derecho, Acceso universal y equitativo, Sistema Nacional de Salud -eje Ministerio de Salud Pública e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-, Gratuidad Servicios públicos, Modelo de atención integral, Gestión descentralizada, Financiamiento sostenible, Carrera Sanitaria, etc.)

Para el efecto, se pueden plantear intercambios directos con cada uno de los titulares de las propuestas en mención y/o talleres de trabajo conjunto, para su armonización. En las mismas debe estar un asesor jurídico.

2. Generar opinión pública favorable a temas clave de la propuesta, empleando diversos medios de comunicación.
3. Para reforzar lo anterior, se puede prever una Conferencia Internacional, sobre experiencias de reforma constitucional ya hechas (Ejemplo: Brasil, Venezuela) y en curso (Ejemplo: Bolivia)
4. Sensibilización sobre los temas de salud en la nueva Constitución, con los candidatos a representantes a la Asamblea que sean afines al proceso de cambio.

#### **c. Durante el funcionamiento de la Asamblea Constituyente**

1. Coordinación y asesoría "in situ" a Comisión de la Asamblea que aborde el tema de la salud y seguridad social (Comisión ad-hoc MSP-CONASA).
2. Estrategia de "lobbing", con los actores clave relacionados con los Representantes en la Asamblea.
3. Información y apoyo de medios de comunicación sobre proceso de debates y posicionamiento de los cambios propuestos.

#### **d. Después de la Asamblea Constituyente**

1. Difusión de resultados de la Asamblea (temas relativos a salud en la Constitución y sus implicaciones)
2. Apoyo a veedurías para seguimiento de procesos de implementación de las nuevas normativas constitucionales (Ejemplo: Reformas a leyes, Nuevas leyes, Reorganizaciones institucionales, Revisión de políticas, planes, programas, presupuestos, etc.).

#### **Nota de los editores:**

El texto del articulado presentado ha sido conocido por la Sra. Dra. Caroline Chang Campos, Ministra de Salud Pública, para posteriormente ser difundido entre los miembros del Directorio del Consejo Nacional de Salud y a la comunidad sanitarista del país, con la anuencia de las autoridades del MSP, quienes han liderado el proceso de consulta nacional que permitió la formulación del texto en mención.

Se insiste en la condición del presente texto como un documento borrador de trabajo y discusión, abierto a todas las posibilidades de aporte y complementación, mismas que deberán ser canalizadas a la Sra. Ministra de Salud, Presidenta del Directorio del CONASA.

## CONCERTACIÓN CIUDADANA

Los Editores

### Colofón

El gran filósofo, matemático y político Condorcet aconsejaba que cada generación construya su propia constitución. En este sentido, en su propuesta de Constitución francesa de 1793 establecía que: Un pueblo siempre tiene el derecho a revisar, reformar, y cambiar su Constitución... Una generación no puede someter a sus leyes a generaciones futuras -insistía el gran sabio-.

Parece que en este momento, los ecuatorianos hemos reconocido y declarado que estamos viviendo un momento histórico especial y proponemos cambiar nuestra Carta Magna para acondicionarla al nuevo horizonte político que hemos definido diseñar y construir.

Múltiples esfuerzos se vienen dando desde el ámbito de la salud para alcanzar este objetivo. En efecto, el Consejo Nacional de Salud centró su III Congreso por la Salud y la Vida, realizado recientemente en la ciudad de Cuenca, alrededor de los cambios que deben llevarse a cabo en la nueva Constitución en lo que hace referencia a la salud<sup>1</sup>.

Cuestiones fundamentales han propuesto los actores que han participado en este importante evento, a saber:

- El derecho a la salud y la salud como derecho
- El Sistema Nacional de Salud
- La Autoridad Sanitaria
- El Modelo de Atención
- El Financiamiento
- La Participación Comunitaria y la Veeduría Social en Salud
- Los Recursos Humanos en Salud, la Carrera Sanitaria y las Relaciones Laborales
- La Promoción de la Salud
- La Descentralización
- El desarrollo científico y tecnológico en salud

Todos estos temas han sido considerados como instituyentes fuertes de la vida nacional en salud y como aspectos que deben integrar la nueva Constitución, los mismos que deberían modificar la actual y ampliar y construir el camino de la que se propone. Los participantes del III Congreso por la Salud y la Vida han considerado además que estos temas no pueden solamente reducirse a los límites impuestos por la ingeniería constitucional sino que debe transformarse en un hecho que cree una nueva historia de la salud en el Ecuador.

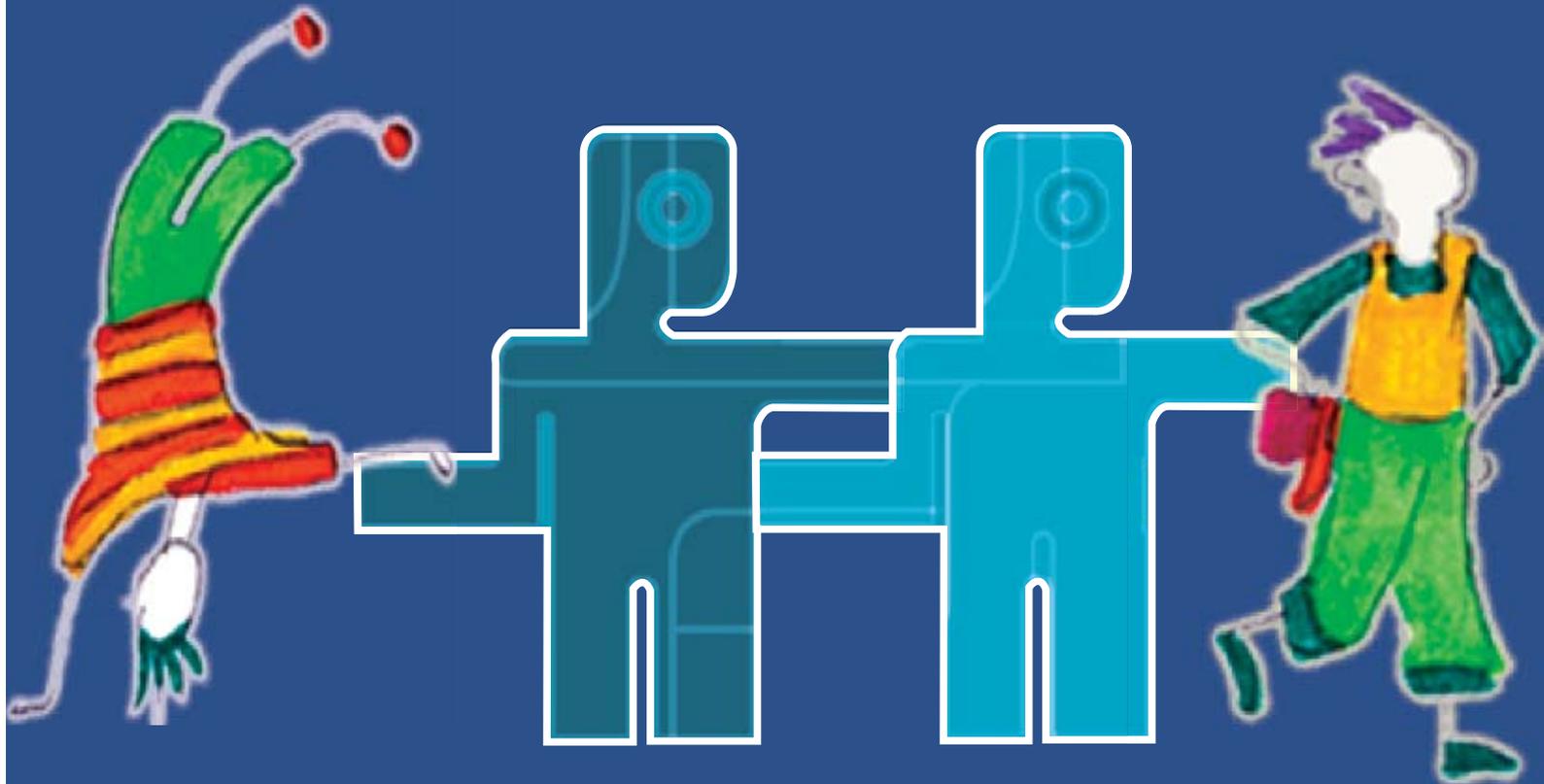
Lo histórico y lo político son los ámbitos que generan el poder constituyente, nos dice Raúl Prada Alcoreza. Si queremos que todo este inmenso esfuerzo tenga la fuerza necesaria para dejar el lecho de las palabras y moverse con la magia de la acción, es fundamental que los productos logrados en el III Congreso adquieran el poder político suficiente para fundar la nueva historia en salud que proponen alumbrar los ecuatorianos.

Para ello, va a ser importante pensar sobre la potencialidad de movilizarnos entre todos los actores y encontrar caminos conjuntos que posibiliten acompañar y vigilar la Constituyente y después encontrar vías para que los pensamientos, los deseos y pasiones de las multitudes coaguladas en palabras constitutivas puedan transformarse en hechos y dinámica de acción conjunta.

<sup>1</sup> La Fundación Ecuatoriana para Salud, FESALUD y la Sociedad Ecuatoriana de Salud Pública, SESPA, también lanzaron en el mes de marzo de este año un amplio debate sobre "La Salud en la Constituyente". La Universidad Central también ha reunido a sus profesores, estudiantes, empleados y trabajadores para debatir sobre el tema.

# COMUNICAR

para aprender y participar juntos



[www.conasa.gov.ec](http://www.conasa.gov.ec)