



OFICINA DE EVALUACION

INFORME FINAL

de la

**EVALUACIÓN DEL PROYECTO
ECUADOR 4463**

**“ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y MEJORAMIENTO
DEL SANEAMIENTO AMBIENTAL ”**

24/09/98 - 13/10/98

Roma, Marzo de 1999



Informe Final ¹
Preparado por el Jefe de Misión

Dr. Edmundo Alvarez,
Experto en salud pública, nutrición y
alimentación complementaria

PAHO/OMS

Datos del Proyecto

PROYECTO ECUADOR 4463 “ATENCION PRIMARIA DE SALUD Y MEJORAMIENTO DEL SANEAMIENTO AMBIENTAL	
Costo total de alimentos	US\$ 5,710,110.00
Costo total del PMA	US\$ 7,280,980.00
Costo total del gobierno	US\$ 11,904,000.00
Fecha de aprobación del proyecto	Diciembre de 1993
Fecha de la firma del Plan de Operaciones	16 de octubre de 1991
Fecha de inicio del proyecto	Junio de 1993
Duración del proyecto	5 años y 4 meses
Fecha efectiva de terminación del proyecto	31 de diciembre de 1999
Fecha de evaluación	24 setiembre -13 octubre de 1998
Composición de la Misión	WFP/PAHO/OMS

¹ Las opiniones expresadas en este informe son las del autor y no reflejan necesariamente las opiniones o posiciones del PMA. El informe resumido presentado a la junta ejecutiva fue preparado por la oficina de evaluación en base a las conclusiones y recomendaciones generales de la misión.



Contenido

- **Introducción**
- **Antecedentes**
- **Política Económica y Social del Gobierno del Ecuador**
- **Creación del FONNIN**
- **Rol del PMA en el Ecuador**
- **El Proyecto ECU 4463**
- **Beneficiarios y Beneficios**
- **La Misión de Evaluación**
- **Estado de Ejecución del Proyecto ECU 4463**
- **Implementación y Cumplimiento de Metas**
- **Resultados por Componente**
 - A) **Actividades**
 - B) **Alimentos**
- **Logística**
- **Ingreso de los Alimentos a Puerto**
- **Proceso de Desaduanaje**
- **Transporte**
- **Planta Procesadora de Alimentos**
- **El Bodegaje**
- **C) Las Areas Operativas y los Servicios de Salud Materno Infantil**
- **Recomendaciones**
 - A. **Primera Etapa: Recomendaciones a Corto Plazo**
 - B. **Segunda Etapa: Recomendaciones a Mediano Plazo**

Anexo 1: Alimentos distribuidos por diferentes sub-proyectos; Alimentos en existencia y pendientes de importación; cifras en TM al 30 de septiembre de 1998

Anexo 2: Ruta crítica para la Provisión de Alimentos, Proyecto ECU 4463

Anexo 3: Ejercicio de Focalización

INFORME TÉCNICO DEL COMPONENTE DE SALUD PÚBLICA MATERNO INFANTIL



INTRODUCCION

El Proyecto ECU-4463 “Atención Primaria de Salud y Mejoramiento del Saneamiento Ambiental” es uno de los principales proyectos asistidos por el Programa Mundial de Alimentos (PMA) en el país. El Proyecto solicitado por el Gobierno del Ecuador, fue aprobado por el CPA (Comité de Políticas Alimentarias) el 20 de septiembre de 1990, sin embargo, debido a un retraso del proyecto anterior (ECU-2182) y pese a que los alimentos empezaron a llegar al país en 1992 no fue, sino hasta junio de 1993, en que el ECU-4463 inició sus actividades.

Tanto las autoridades del Ministerio de Salud Pública (MSP) como del PMA en el Ecuador reconocen que el desarrollo del Proyecto no ha sido satisfactorio. Las principales dificultades identificadas están relacionadas con el incumplimiento de las obligaciones institucionales asumidas oportunamente por el MSP y puestas de manifiesto en el manejo inadecuado de los alimentos destinados al Proyecto, en la capacidad insatisfecha de la Planta Procesadora del Ministerio, así como una falta de coordinación intra e inter-institucional y agencial, hechos que han afectado el desarrollo del mismo.

De acuerdo a los Términos de Referencia, la Misión pudo constatar que el Proyecto se inició en un período de cambios económicos y sociales que afectaron a los sectores de clase media y pobre en 1992; que la política del gobierno actual ha reiterado los programas de ajuste económico y ha implementado medidas aún más serias tendientes a mejorar la macroeconomía pero que ha producido efectos sensibles en grupos sociales que viven en condiciones de pobreza y pobreza extrema. La Misión pudo constatar que la inflación acumulada anual es de 37% (año 1997) con una tasa mensual promedio en los últimos meses del 5.1%.

El Gobierno está consciente de los efectos de los programas de ajuste, al extremo que ha desarrollado un plan de apoyo a los pobres con la creación y entrega de un subsidio económico destinado a la población vulnerable (madres y personas de tercera edad) en condiciones de extrema pobreza.

La Misión pudo detectar la preocupación y el malestar de muchos sectores sobre los posibles efectos actuales y futuros de las medidas de ajuste adoptadas por el gobierno, lo que obliga a pensar que la motivación y justificación para apoyar a los grupos más vulnerables dentro del marco de políticas del Estado adquiere mayor validez. Sin embargo y analizando la evolución del Proyecto ECU-4463, se puede decir que a 63 meses de haber iniciado sus operaciones los resultados son insuficientes; el volumen de alimentos distribuidos es menor del 43.5% del volumen total de alimentos comprometidos para los 5 años del proyecto con destino a la población materno infantil.

De los componentes y actividades desarrolladas según el último informe del MSP (Dic. de 1997) a 54 meses de ejecución del mismo, menos del 50% de las metas de familias han sido alcanzadas, sólo el 17% de mujeres (embarazadas y lactantes) han sido atendidas. El número de niños, menores de 1 año, controlados es menor al 30% de los planificados y los niños de 1 a 4 años atendidos no llega al 12%. Las actividades del componente de capacitación tienen resultados magros y las de saneamiento básico tienen logros por debajo del 8% de lo planificado.

La Misión considera que en base a las políticas sociales del Gobierno y a los procesos de modernización, descentralización y desconcentración de los recursos, el PMA debe seguir apoyando al Gobierno del Ecuador y al MSP, hecho que ha sido definido en el PEP (Perfil Estratégico de País) y aprobado por la Junta Ejecutiva en Mayo de 1998. Es necesario para esto, considerar que la evolución de los distintos proyectos y del PMA ECU/4463 ha evidenciado en más de un ejercicio de evaluación los problemas de ejecución, la poca integración y los retrasos en el cumplimiento de tareas y metas. La Misión propone como recomendaciones cambios sustanciales y definitivos tanto en el diseño como en el manejo y monitoreo del PMA ECU/4463 así como cualquier compromiso futuro de asistencia alimentaria, hechos que fueron discutidos y convenidos con las autoridades ministeriales.

ANTECEDENTES

La agricultura es el sector productivo predominante de la economía del Ecuador. En el período 1992-95 la agricultura ha contribuido en un 17.3% al Producto Interno Bruto (PIB), mientras que otros sectores como el manufacturero, comercial, servicios gubernamentales y la producción petrolera han contribuido en el mismo período en un 15.3%, 15%, 13.8% y 13.4% respectivamente.

De los 270,790 km² del Territorio Nacional, la tierra utilizada para agricultura es del 30% de la cual la mayor parte es dedicada a la producción de alimentos.



A pesar que la tierra para cultivo tiende a aumentar, la producción de alimentos ha presentado variaciones, con tendencia a disminuir debido a diversos fenómenos.

El 67% de los terrenos tienen menos de 5 hectáreas. El arroz es el principal alimento producido en la costa. En la sierra se cultiva la papa que es el principal alimento en cuanto a su volumen, junto con algunas variedades de maíz..

Para una población estimada de 11.5 millones de habitantes en 1996, de acuerdo a información del Ministerio de Agricultura, se calculó un consumo de 496 Kg. de alimentos per capita por año equivalente a 1,358 gramos por día (de acuerdo a datos de hojas de balance). Los principales productos que contribuyen a este consumo son granos y derivados, raíces, tubérculos, azúcar, aceite, frutas y carne que representan un consumo promedio de 2,695 calorías. Sin embargo, la población pobre consume teóricamente 1,600 calorías. Estos datos estadísticos son diferentes al acceso real de las familias de diferentes estratos sociales.

El país es auto-suficiente en la producción de arroz. Por el contrario, la producción de harina de trigo es insuficiente (90% de ésta es importada). Se cita como ejemplo que en 1995 se produjeron 79,762 toneladas de harina mientras que la producción en 1996 fue de sólo 27,600 toneladas.

La inestabilidad de los precios condiciona el acceso a los alimentos especialmente debido a variaciones cíclicas que afectan la disponibilidad de la mayor parte de los alimentos en un período corto de producción.

Ecuador es un país que hasta finales de los 70 tuvo un adecuado estado de bienestar; siendo productor de petróleo. A partir de los 80, su economía se vio muy afectada por las fluctuaciones en los precios del mercado internacional y a éste hecho deben agregarse los desastres naturales que la han afectado en forma cíclica. Estos factores sumados a una deuda externa considerable y déficit fiscal han obligado a los gobiernos a introducir medidas de ajuste económico.

Las medidas de ajuste se han asociado al proceso inflacionario, a devaluaciones y carencia de nuevos empleos y a la reducción de unidades de producción como factores contribuyentes de la crisis. Los gobiernos anteriores y especialmente el actual han implementado medidas de ayuda priorizando programas y servicios de compensación dirigidos a los grupos más vulnerables.

Aunque no existen estimaciones precisas de la pobreza en Ecuador, los datos mas recientes y comparables realizados por el Banco Mundial en 1994 evidencian que la pobreza afecta al 52% de la población del país. Las cifras para los sectores urbano y rural son 40 y 67% respectivamente.

Entidades prestigiosas de investigación y de servicio han difundido claramente la situación de pobreza y pobreza extrema. Según el SECAP – BM, (Encuesta de Condiciones de Vida 1994) se observa la siguiente situación en la población de las provincias y cantones que forman parte del Proyecto:

Niveles de Indigencia y Pobreza en zonas rurales de Provincias y Cantones del ECU - 4463

		Indigencia (%)	Pobreza (%)
Provincia Cantón	Azuay	12.9	64.7
	Oña/Nabón	15.7/26.6	79.3/88.5
Provincia Cantón	Cotopaxi	23.7	79.8
	Salcedo	18.7	72.7
Provincia Cantón	Chimborazo	34.6	83.7
	Colta	35.8	88.1
Provincia Cantón	Esmeraldas	29.0	76.8
	Atacames	24.8	70.8
Provincia Cantón	Manabí	26.1	76.7
	Paján	25.6	74.3

Los indicadores de salud y nutrición son sin embargo poco precisos, generados por varias fuentes y distintos niveles de interpretación aunque es innegable que existen problemas de carencias en una buena parte de la población materna e infantil, debido básicamente a la falta de acceso a la canasta básica de alimentos.

El armado de un grupo de indicadores básicos que contemplen algunos aspectos vinculados con el Proyecto mostró dificultades en su elaboración por la coexistencia de diferentes factores. En primer término, no existen fuentes únicas para la provisión de datos, sino que en algunos casos dichas fuentes alternativas proveen información de carácter



discordante. A modo de ejemplo, la proporción de partos asistidos por personal capacitado o la prevalencia de recién nacidos con bajo peso al nacer ofrecen variaciones importantes según la fuente.

Cierta información no se desagrega por provincia ni por cantones, hecho que impide el análisis con criterio de focalización (por ejemplo inexistencia de información relativa a la Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años o a la prevalencia de lactancia materna exclusiva al 4to mes de edad). Existen incongruencias en los datos, hecho que cuestiona la calidad de los mismos (x ej. falta de correlación entre la prevalencia de embarazadas y la de recién nacidos con bajo peso al nacer).

La tasa de mortalidad infantil muestra cifras significativamente superiores a la media nacional en dos de las provincias seleccionadas por el Proyecto: Cotopaxi y Chimborazo. El resto de las provincias del Proyecto muestra cifras inferiores a la media. La tasa de mortalidad materna muestra cifras alarmantes (con variaciones según la fuente de 70 a 150 muertes x 100.000 nv) y con altos niveles de sub-registro.

La atención de partos por personal especializado es baja en el país y es aún menor en las 5 provincias involucradas en el Proyecto. Si bien la asistencia del embarazo se realiza en los subcentros de salud, el parto se produce en proporciones elevadas a nivel domiciliario sin ningún tipo de asistencia formal. La proporción de recién nacidos que se asisten en forma inmediata también muestra niveles bajos, hecho que condiciona una situación de elevado riesgo durante el período perinatal (asociado a altas tasas de mortalidad materna y neo-natal).

La prevalencia de bajo peso al nacer se encuentra significativamente incrementada (>del 10%) en dos de las provincias que forman parte del proyecto: Chimborazo y Esmeraldas. La prevalencia embarazadas con bajo peso (según el % de adecuación de peso para talla en función de la edad gestacional) es constante en todas las provincias con relación a la media nacional, con la excepción de Manabí (10 puntos superior). Estas cifras, provistas por el SISVAN merecen una discusión pormenorizada dadas las falencias en la representatividad y continuidad en la provisión de la información.

Si comparamos las coberturas logradas en una de las provincias del Proyecto (Esmeraldas) en forma comparativa para los períodos de 1997 y 1998 (parcial) respectivamente observamos que para el control prenatal fue de 49.03% y 33.2%, la de partos institucionales de 2.4% y 11%, la de control post-parto 4.1% y 3%, la de regulación de la fecundidad de 6% y 4%, la de control de niños menores de 1 año de 70% y 42%. Esta información, provista por la Dirección Provincial de Salud también está sujeta a críticas ya que por lo recabado en la visita de campo a los servicios se asume que existe una gran proporción de individuos que no acceden al sistema de salud.

La prevalencia de desnutrición total (leve, moderada y grave) en menores de un año muestra valores que están alrededor del promedio nacional, para el caso de dos de las provincias incorporadas en el Proyecto (Azuay y Cotopaxi), dichas cifras están por debajo de la media nacional. Sólo la provincia de Chimborazo (para la población de 1 a 4 años) muestra valores significativamente superiores (40% contra 26% del promedio nacional). El SISVAN (Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional) no provee información sobre desnutrición crónica ni aguda ya que la información se basa sólo en datos de adecuación de peso/edad.

Las coberturas de inmunizaciones muestran cifras que en algunos casos están por debajo de lo recomendado. Como contraparte, salvo poliomielitis, existe aún notificación de enfermedades inmunoprevenibles. En la siguiente tabla se observan los indicadores de cobertura para inmunizaciones, casos notificados de algunas de las enfermedades inmunoprevenibles para el país y las cinco provincias del Proyecto.



Indicadores	País	Azuay	Cotopaxi	Chimborazo	Esmeraldas	Manabí
BCG (%)	100	99.7	89.7	90.0	83.7	96.0
Sarampión(%)	78.9	71.5	50.0	65.4	57.8	72.1
Casos notificados de sarampión (1996)	40	--	--	--	--	3
Poliomielitis (OVP3) (%)	89.0	90.3	61.1	77.1	63.4	71.4
Casos notificados de poliomieltis (1996)	--	--	--	--	--	--
DPT3 (%)	87.5	90.0	61.4	77.3	68.6	71.1
Casos notificados de tétanos neonatal (1996)	37	1	2	1	1	1
Casos notificados de rabia humana (1996)	65	3	3	4	1	5

Existen dos variables de elevado riesgo socio-ambiental y sanitario como lo son la existencia de casos de **tétanos neo-natal** y **rabia humana** presentes en las 5 provincias integrantes del Proyecto.

POLITICA ECONOMICA Y SOCIAL DEL GOBIERNO DEL ECUADOR

Desde 1996 el Gobierno del Ecuador inició un proceso de modernización del Estado, orientado a promover el desarrollo a corto y mediano plazo. Para tal fin, la combinación de políticas de estabilización económica y de reforma estructural del Estado se concentran en tres grandes objetivos: la reducción del déficit fiscal, la reorientación del gasto público y el incremento de la eficiencia en la inversión pública y privada.

Las metas macro-económicas del gobierno son:

- Crecimiento anual del 5% (PIB)
- Incrementar las exportaciones de 5.000 a 7.200 millones de dólares
- Incrementar el gasto social en 70%
- Combatir la evasión tributaria (que se calcula en 600 millones de dólares)
- Corregir el déficit fiscal a 4.5% del PIB
- Reducir la inflación a menos del 10% anual
- Reducir el tamaño del Estado
- Vender el 35% de los servicios telefónicos
- Transformar Petroecuador
- Continuar modernizando el sector económico

Como parte de un compromiso estatal adquirido en la Cumbre Mundial de Desarrollo Social (Copenhague, 1995) el Gobierno ha establecido un plan de desarrollo social (1996-2005) cuyos ejes básicos son:

- Eje 1: El Programa Nacional de Superación de la Pobreza
- Eje 2: Las políticas sociales pro-reactivación productiva
- Eje 3: Las políticas de integración social hacia sectores vulnerables

Dicho plan determina además como prioridad el desarrollo de un conjunto de acciones de salud, saneamiento básico, de educación y de empleo productivo. Para tal fin se ha creado un Frente Social integrado por los Ministerios de Educación, Salud Pública, Trabajo, Vivienda y Bienestar Social.

CREACION DEL FONNIN

El 20 de Febrero de 1989 el Gobierno del Ecuador crea el Fondo Nacional para la Nutrición y Protección de Infantil Ecuatoriana (FONNIN) para financiar los planes y programas de nutrición y protección infantil incluyendo la etapa prenatal. Los recursos del Fondo provienen de un impuesto que se grava el 2% a varias importaciones consignadas en las lista I y II anexos al Reglamento de la Ley sobre Cambios Internacionales. La gestión operativa de este fondo está a cargo de los ministerios que conforman el Frente Social (Salud, Bienestar Social, Trabajo y Educación). El Ministerio de Salud tiene una alícuota correspondiente al 30% del total de este fondo. El monto total del FONNIN consignado para el ejercicio económico 1987-88 fue de US\$ 25,000,000.



A través de los años, los recursos del FONNIN del MSP han sido destinados para el pago de gasto corriente, el cual incluye a personal de salud, administrativo y de apoyo. Gran parte de este personal no tiene relación alguna con programas o proyectos relacionados con el área nutricional y/o de salud infantil. En el año 1991 de los 1,253 empleados pagados con recursos del FONNIN, tan sólo una partida fue destinada para el pago de una nutricionista (< 0.1%). En un último informe brindado por la Dirección Nacional de Nutrición, sobre un total aproximado de 2,000 contratos, 70 están destinados al área de nutrición (choferes, nutricionistas, personal de nivel central).

El uso de estos fondos de para gastos no contemplados en el Proyecto ECU 4463, ha contribuido a que la Contraparte Nacional no cumpla con los compromisos asumidos con el PMA.

ROL DEL PMA EN EL ECUADOR

El PMA inició actividades en el Ecuador en el año 1965 con el apoyo a un programa forestal. Proyectos subsecuentes para el sector salud, educación y agricultura fueron aprobados en las 2 últimas décadas totalizando aproximadamente US\$ 60 millones. Existen en la actualidad varios proyectos (siendo el de Salud y Educación los principales) por US\$ 13 millones.

Ecuador ha recibido ayuda alimentaria por más de 30 años. La Unión Europea, los Estados Unidos de América, Canadá y el PMA han sido los principales donantes durante este período. El PMA ha provisto el 36% de la ayuda alimentaria en cantidades que han oscilado entre 12,000 y 30,000 toneladas anuales.

La ayuda alimentaria ha jugado un papel importante para atenuar los efectos de la pobreza, constituyéndose en un mecanismo de compensación social para asistir a los sectores vulnerables de la población que son a su vez los más afectados por los programas de ajuste económico y por las recientes catástrofes ecológicas (Fenómeno del Niño).

EL PROYECTO ECU/4463

En el sector salud, el PMA ha apoyado especialmente con el Proyecto ECU-2182 y extensiones del mismo, que finalizó en 1993. El Proyecto PMA ECU-4463 “Atención Primaria en Salud y Mejora del Saneamiento Básico” inició sus funciones en junio de 1993. El Proyecto se orienta a los esfuerzos de fortalecimiento de los servicios primarios de salud y a los procesos de descentralización y desconcentración. Se focaliza en 5 provincias a saber: Azuay, Cotopaxi, Chimborazo, Manabí y Esmeraldas y cubre un Cantón por provincia. La focalización fue hecha en base a indicadores de pobreza.

El Proyecto cuenta con 3 componentes y las siguientes actividades:

a) Salud Familiar Integral (Alimentación Complementaria)

- Atención a nuevas familias
- Atención a mujeres embarazadas
- Atención a madres lactantes
- Atención a niños menores de 1 año
- Atención a niños de 1 a 4 años

b) Componente de Capacitación

- Voluntarios de salud
- Parteras
- Líderes Comunitarios

c) Saneamiento Básico

- Construcción de letrinas
- Construcción de abastos rurales de agua

Los objetivos de estos componentes fueron ambiciosos en cuanto a su factibilidad y algunos poco precisos con metas difíciles de alcanzar en un período de 5 años. Esto surge de los aspectos de diseño metodológico, de las modificaciones ulteriores del proyecto y del contraste con los logros alcanzados.

De acuerdo con el Resumen del Proyecto aprobado por el CPA Roma en 1990 y el Plan de Operaciones del Proyecto debería ser ejecutado bajo la responsabilidad de la Dirección General de Salud con la participación de las Direcciones



de Nutrición, Fomento y Protección y Areas de Salud, asimismo el Proyecto debía realizar acciones de promoción, capacitación y educación alimentaria y nutricional con apoyo y coordinación de UNICEF, OPS y UNFPA.

BENEFICIARIOS Y BENEFICIOS

El número de beneficiarios identificados por el Proyecto fueron:

BENEFICIARIOS	RACIONES
Niños de 6 a 11 meses	15.458
Niños de 1 a 5 años	77.921
Mujeres Embarazadas	19.324
Mujeres Lactantes	15.458
Líderes Comunitarios	599
Parteras	2.068
Promotores Voluntarios	2.068

La ración mensual tipo 1 para el beneficio de familias de alto riesgo es la siguiente:

PRODUCTO	CANTIDAD
Arroz/Harina de trigo	4.500 grs.
Leguminosas	4.500 grs.
Aceite Vegetal	2.250 grs.
Pescado enlatado ²	150 grs.
Mezcla de maíz-soya	7.200 grs.

La ración tipo 2 para “alimentos por trabajo” (y capacitación) consistió en:

PRODUCTO	CANTIDAD
Arroz	1.750 grs.
Leguminosas	150 grs.
Aceite vegetal	75 grs.
Pescado enlatado	150 grs.

Volumen de Alimentos Comprometidos Por El PMA (en toneladas métricas)

PRODUCTO	CANTIDAD ORIGINAL	CANTIDAD POST ENMIENDAS
Arroz/Harina de Trigo	6.362	4977
Aceite Vegetal	1.181	1221
Mezcla de Maíz-Soya	3.174	823
Leguminosas	2.360	393
Carne o pescado en lata	376	2174
DSM*		166

* Por recibir en noviembre de 1998.

Ayuda No Alimentaria

PRODUCTO	VALOR EN US\$
50 motocicletas	150,000
10 Unidades de equipo dental	48,000
150 juegos de cuadros didácticos	2,700
500 Palas	6,000
500 Picas	6,000
250 Carretillas de mano	1,000

²² Pese a que en el convenio original no se contemplaba dicho producto en la ración, en la actualidad se lo está entregando.



TOTAL DE LA DONACION	213,700
-----------------------------	----------------

Debido a la baja ejecución del Proyecto en 1993, 94 y 95 tanto el MSP como otras instituciones solicitaron alimentos para proyectos específicos y emergentes. En el caso del MSP algunas solicitudes para emergencias fueron aprobadas por el PMA. En otros casos un considerable volumen de alimentos fue tomado en calidad de préstamo por el mismo MSP.

En Marzo de 1996, previo acuerdo con el PMA y el MSP, se aprobó un proyecto de apoyo al Programa de Educación y Capacitación para el Mejoramiento de las Mujeres Campesinas (PROCALMUC) desarrollado por sectores sociales con apoyo de UNESCO. Dicho proyecto apoya a 6,000 campesinos en obras de promoción y reivindicación de la mujer campesina en varias provincias. Para este fin se comprometieron más de 600 toneladas métricas de alimentos (arroz, leguminosas, aceite y carne) y se fijó una ración familiar de 1,715 Kg. de arroz, 150 grs. de fréjol, 150 grs. de aceite comestible y 75 gr. de aceite.

En junio de 1996 se aprueba entre el PMA y el MSP otra propuesta para apoyar por un período de 18 meses el Proyecto HABITAT orientado a desarrollar acciones de saneamiento ambiental y se benefician 2,908 familias de Guayaquil, Cuenca y Riobamba. Dicho Proyecto absorbió 46.8 TM de alimentos (arroz, leguminosas, aceite y carne de pescado enlatado). La ración familiar es la misma que la definida para el Proyecto PROCALMUC.

LA MISION DE EVALUACIÓN

La Misión originalmente constituida por 2 consultores externos (Dr. Edmundo Alvarez y Dr. Raúl Mercer) y un consultor a corto plazo del PMA Ecuador (Dr. Marcelo Quevedo) inició sus actividades el 24 de septiembre. A esa fecha (63 meses de ejecución del Proyecto) se tuvo a la vista el informe de progreso del año 97 del MSP y el. No existen reportes del año 98 del MSP.

La Misión pudo asimismo revisar el reporte de avance de la Oficina del PMA en Ecuador. Dicho reporte es conciso, explicativo del origen, las enmiendas, los logros y los obstáculos del Proyecto. Es llamativo que en el misma se realiza la aprobación de sub-proyectos para emergencias, educación y actividades de mujeres campesinas las cuales fueron realizadas a corto plazo y con resultados netos en función de objetivos definidos. Asimismo, el reporte corrobora que la contraparte financiera del Gobierno ha sido parcialmente cumplida. El reporte es optimista en términos generales aunque la Misión considera que el Proyecto ha tenido dos grandes deficiencias, una en el diseño mismo y la segunda en su gerenciamiento.

Coincidentemente con la ejecución de la Misión, se generó en todo el país un movimiento de protestas recientes por las medidas de ajuste económico. Se bloquearon parcialmente carreteras, aunque no se dió paro de labores. Esto impidió que la Misión ejecutara la agenda original. Como consecuencia de ello, la Misión consultó y solicitó oportunamente a las autoridades de la Dirección Nacional de Nutrición la re-adequación de la agenda. Lamentablemente, y debido a problemas de comunicación los funcionarios del nivel central no pudieron integrarse a las visitas de campo. Sin embargo, la Misión visitó y recibió el beneplácito de los Directores Provinciales. Jefes de Area, Directores de Centros y Subcentros, personal de los equipos de salud, usuarios del sistema, y contó con la colaboración de los Coordinadores Provinciales de Nutrición de Chimborazo, Cotopaxi, Manabí y Esmeraldas.

El 6 de Octubre se incorporó a la Misión el Sr. Abraham De Kock, de la Oficina de Evaluación de Roma, habiendo participado de la visita a la Provincia de Esmeraldas.

El 13 de Octubre se integró a la Misión el Sr. Fernando de Witte de la Oficina Regional del PMA en Managua-Nicaragua participando junto al resto de la Misión y la Directora del PMA en Ecuador Sra. Hannah Laufer, en la presentación del Informe al Sr. Ministro de Salud Encargado, Dr. Fernando Sacoto.

ESTADO DE EJECUCION DEL PROYECTO ECU-4463

Implementación y Cumplimiento de Metas

El Proyecto aprobado en 1990, inició sus operaciones en junio de 1993. En 1997 la Representante local del PMA aprobó una extensión por un período de un año (Julio 1998-Junio 1999). Al momento de realizar la evaluación, el Proyecto tiene 63 meses de ejecución. (Ver Anexo N°1)



A la fecha de la evaluación y de acuerdo a los informes de la Dirección Nacional de Nutrición, el Proyecto ha ejecutado en las actividades de Atención Primaria en Salud y Mejora del Saneamiento Básico únicamente un 43.5% del volumen total de alimentos comprometidos para 5 años. De estos alimentos distribuidos a las provincias y cantones seleccionados, se deduce de los reportes que de arroz se han distribuido 1,589.2 TM (31.9%), 892.2 TM de leguminosas (73%), 267 TM de aceite (32.4%), 108.1 TM de carne y pescado enlatado (27.5%) y 1,387.1 TM de mezcla de harina de maíz-soya (63.8%).

Del Proyecto PMA ECU-4463 se han derivado alimentos hacia otros proyectos especialmente para cubrir emergencias y apoyar a los Proyectos HABITAT y PROCALMUC y préstamos al MSP. En conjunto, se han distribuido 5,639.3 TM de alimentos que representan solamente el 40% del volumen enmendado por el CPA. (Ver Anexo N°1)

De los componentes y actividades desarrolladas según el último informe del MSP (Dic. de 1997) a 54 meses de ejecución del mismo, menos del 50% de las metas de familias han sido alcanzadas, sólo el 17% de mujeres (embarazadas y lactantes) han sido atendidas. El número de niños, menores de 1 año, controlados es menor al 30% de los planificado y los niños de 1 a 4 años atendidos no llega al 12%. Las actividades del componente de capacitación tienen resultados magros y las de saneamiento básico tienen logros por debajo del 8% de lo planificado.

RESULTADOS POR COMPONENTE

A) Actividades

El avance de cada componente y actividades para el período Junio 93-Diciembre 97 según reporte de la Dirección de Nutrición es el siguiente:

COMPONENTE/ACTIVIDADES	DATOS ACUMLATIVOS JUN 93/DIC 97 (54 MESES)	
1. Salud Familiar Integral	Meta Acumulativa	%
1.1 # de Familias atendidas (Primera Consulta)	15427	46.6
1.2 # de Mujeres embarazadas atendidas	4959	15.3
1.3 # de Madres lactantes atendidas	4503	17.8
1.4 # de Niños < de 1 año atendidos	7290	28.8
1.5 # de Niños de 1 a 4 años atendidos	14697	11.8
1. Componente de Capacitación		
1.1 Voluntarios de salud	43	1.3
1.2 Parteras	28	0.8
1.3 Líderes Comunitarios	315	32.0
2. Saneamiento Básico		
2.1 Letrinas construidas	4655	6.3
2.2 Abastos de agua construidos	7	7

Fuente: Informe sobre la ejecución del Proyecto ECU-4463

“Atención Primaria de Salud y Mejora de Saneamiento Básico” Enero-Diciembre 1997

Enviado por la Dirección de Nutrición de a la oficina del PMA en Ecuador el 12 de junio de 1998 (REF SNU-10-98-100).

Nota: No existe reporte del 1er Semestre de 1998

B) Alimentos

En la tabla de la página siguiente se presenta el balance de alimentos ingresados en el país como parte del Proyecto PMA-ECU 4463.



**BALANCE DE ALIMENTOS INGRESADOS Y DISTRIBUIDOS EN EL PAIS DEL PROYECTO
PMA-ECU 4463 EN TM AL 25 DE SEPTIEMBRE DE 1998 (63 MESES DE EJECUCION)**

PRODUCTO	Comprometido según convenio Original Enmiendas		Entregado al País	Disponible en Bodegas	Aprobado por PMA para emergencias	Préstamo al MSP para otros fines	Entregado Proyecto Habitat	Entregado Proyecto Procalmuc	Entregado a Prov. a materno-infantil	Pendiente De Import. 1999
Arroz/H.Trigo	6362	4977	3440	743.6	56.5	517	40.0	493.7	2372 (70%)	1537
Fréjol Lentejas Leguminosas	2360	1221	1221	38.7	47.4	196	4.4	42.3	895.8 (73.4%)	0
Aceite Vegetal	1181	823	638*	68.3	51.0	110	4.5	21.2	365.7 (57.2%)	4
Pescado Carne Enlatada	376	393	393**	205.6	34.9	NID	2.1	42.3	1081 (27.5%)	0
Mezcla de Maíz-Soya	3174	2174	1824	180.9	-	256	0.0	0.0	1387.1 (76%)	350
DSM	-	166 ***	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	13423	9754	7516	1237.1	189.8	1079	51.0	599.5	5020 (66.8%)	1891
	A		B	C	D	E	F	G	H	I

* 146 TM de Aceite se encuentra en aduanas y 181 TM que se recibirán en noviembre de 1998

** Las remesas de carne y pescado excedieron a lo convenido en 17 TM (407 TM fueron enviadas)

*** Por recibir en noviembre de 1998

Fuentes:

- A. C.F.A. 30/SCP:5 Document 5/2-A (ODL) Add.4 20 September 1998 y PLANOPS, MINSALUD 23 Enero de 1992
- B. Commodity Situation Report Project ECU-4463; OLC-WFP Rome, August 31, 1998
- C. Saldos de Productos en Bodega . Ministerio de Salud, Planta Procesadora, Kardex 25 Septiembre 1998
- D. Documentos de Archivo, PMA, EMOP No. 5952 10/06/98, ECU 4463/2 , PRO/20/5 No.421/98 5 de septiembre de 1998
- E. Aporte sobre situación alimentaria, Documento Internto PMA ECU 25 de agosto de 1998-10-08
- F. Reporte Proyecto HABITAT
- G. Reporte DNN/PROCALMUC
- H. B-(C+D+E+F+G+H)
- I. Según archivos y enmiendas PMA/Roma y PMA/Ecuador



LOGISTICA

INGRESO DE LOS ALIMENTOS A PUERTO

La Misión visitó Guayaquil y entrevistó a todos los actores que participan en el proceso (salvo al Director de Aduanas). La logística manejada por el MSP es compleja e ineficiente. La ruta crítica determinada por la Misión de Evaluación toma en la mayoría de veces más de 21 etapas ; con un rango de duración del proceso de 127 a 159 días. (Ver Anexo N°2)

Algunas veces se han reportado pérdidas de alimentos que no pueden atribuirse concretamente a una etapa dada.

El proceso de distribución es afectado por diversos factores que van desde la falta de seguro de riesgo en el patio del puerto hasta el dudoso sistema de seguridad en toda la cadena de distribución.

En lo referente a la pérdida de alimentos, debe mencionarse que ni en la Planta Procesadora, ni en la oficina de la empresa de transportes, ni en las bodegas provinciales, pudo constatarse la magnitud o el tipo de las pérdidas que van desde el 0.5 al 35%. Los productos que experimentaron mayores pérdidas fueron las harinas y los cereales. En la siguiente tabla se detalla la información parcial sobre pérdidas acumulativas al 30/9/98 provistas y registradas por el PMA.

PERIODO	CEREALES	ACEITE	HARINAS	LEGUMI-NOSAS	CARNE DE VACA	CARNE DE PESCADO	MIX CSB
1.10.96/30.09.97 *	1.3	0.5	0.3	0.7	0.0		
Períodos previos **	9.1		1.3	0.4	2.0		
SUB-TOTAL:	10.4	0.5	1.6	1.0	2.0		
Oficio PPA,20.02.98	5.0						
Acta de Baja ***						1.8	
1.11.97/.30.06.98 ****	13.3		34.0			12.4	99.0
TOTAL (%):	28.7	0.5	35.6	1.0	2.0	13.2	99.0

Post CIF Losses Report –Cuadro No. 1

** Post CIF Losses Report - Cuadro No.3

*** 25.05.98

**** Informe provisional de pérdidas.

PROCESO DE DESADUANAJE

Debido a los procesos burocráticos y al constante cambio de autoridades aduanales, el desaduanaje de alimentos es complejo y a veces de alto costo para el Gobierno.

El costo “normal” estimado es de: US\$30 por contenedor evacuado(de 20 TM), US\$ 4 por contenedor verificado (de 20 TM), US\$ 0.96 por TM en concepto de inspección/garantía a cargo de SGS. Sin embargo, cuando el trámite se demora más de 8 días se aplica un costo adicional aproximado de US\$28/día/contenedor. A modo de ejemplo, sólo la retención en la Aduana del actual embarque de aceite que arribó al país el 21 de agosto de 1998 ha generado hasta la fecha una deuda por demoraje superior a los US\$10.000 que deberá ser afrontada por el MSP. Adicionalmente, debe cargarse el costo de la afianzadora de aduanas, información que no pudo verificarse.

TRANSPORTE

El costo directo de transporte es de US\$ 680 por contenedor del Puerto de Guayaquil a las bodegas de la Planta Procesadora del MSP en Quito. De la Planta Procesadora a las 5 Provincias participantes del Proyecto el costo promedio por bolsa de 45 Kg es de US\$ 2.00 (un furgón tiene capacidad para 220 a 500 bolsas de 45 kg.). Para provincias muy distantes (como es el caso de Azuay), el costo puede duplicarse. Finalmente, deben adicionarse los costos asociados al transporte desde las Provincias a las Unidades Operativas y el pago de estibadores para la carga o descarga de productos. A modo de ejemplo, en la Provincia de Esmeraldas (Valor al 8 de octubre de 1998, 1US\$= \$6,068 según cotización de Naciones Unidas) se pagan a los estibadores 350 Suces por quintal y 200 Suces por caja. Cuando no hay recursos financieros en las áreas operativas, el trabajo de estibaje queda a cargo de la propia comunidad.



PLANTA PROCESADORA DE ALIMENTOS

La Misión constató que la Planta Procesadora tiene elementos de carácter técnico y comercial que ofrecen una potencial capacidad si fuera manejada con eficiencia (espacio, instalaciones, servicio, acceso, etc.). Sin embargo, en las condiciones actuales la planta no procesa alimentos, sólo envasa, embodega y distribuye los alimentos a las provincias. Asimismo, se constató que la mayoría de las maquinarias se encuentran deterioradas y fuera de servicio.

EL BODEGAJE

La Misión constató que las bodegas utilizadas para el almacenamiento de alimentos a nivel central, provincial y local no siempre reúnen las condiciones de resguardo, aislamiento y bioseguridad deseables hecho que contribuye a posibilitar un mayor deterioro del producto al ya ocasionado por las frecuentes demoras en el proceso de desaduanaje.

C) LAS AREAS OPERATIVAS Y LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNO INFANTIL

La Misión pudo constatar que tanto el personal del nivel central, como provincial y cantonal poseen una excelente técnica y compromiso por su trabajo. Sin embargo, dado que el Programa de Nutrición es de carácter centralizado y, en cierta medida, compartimentado, no coordina sus actividades en el contexto de la atención integral de la salud. El Programa de Nutrición en general y la complementación alimentaria en especial, tiene poca integración con otros programas relacionados del MSP.

En la selección original de Provincias y Cantones no hubo participación protagónica de los actores locales (provinciales o cantonales). En algunos casos, las propuestas formuladas desde la provincia no fueron tomadas en consideración, mientras que en otros, se pudo constatar la existencia de áreas geográficas de mayor riesgo que las actualmente incorporadas en el Proyecto.

La Misión pudo constatar que en general, los trabajadores de la salud tienden a **ponderar** la entrega de alimentos considerando a la misma como el principal sostén de las coberturas de los servicios de salud en detrimento de la calidad brindada por los mismos.

La Misión constató que hay desfases en la entrega de alimentos a nivel de beneficiarios que van desde 3 a 6 meses (durante el año 98 el desfase es de 5 meses) por demoras en la distribución desde la Planta Procesadora hacia las unidades operativas.

La Misión constató que el personal de campo carece de una capacitación en aspectos básicos de nutrición aplicada; que no analizan la información recolectada y que cuando hay alimentos disponibles, la distribución y llenado de informes les toma de 6 a 8 días hábiles.

La Misión constató que pese a la recolección de datos para el SISVAN, el último reporte disponible data de 1995. Asimismo no existe una cultura de análisis de datos de salud y nutrición por los ejecutores provinciales y supervisores del Programa.

Por entrevistas con Representantes y Oficiales de Programas de OPS y UNICEF se pudo determinar que el Programa no coordina con éstas agencias ninguna actividad definida en los componentes del Plan de Operaciones.

Existen una serie de actividades y estrategias vinculadas con el campo nutricional sin una vinculación específica con la Dirección correspondiente. Cabe mencionar entre ellas al componente nutricional del AIEPI, a la promoción de la lactancia materna, a las acciones de nutrición durante la gestación, al programa de micronutrientes, entre otras.

Si bien se resalta el nivel de compromiso asumido por el personal de las Direcciones Provinciales, Áreas y Parroquias, debe destacarse que en muchos casos el personal realiza tareas administrativas que consumen tiempo y que desvían su esfuerzo de otras actividades que podrían brindar un mayor beneficio para la población.

El personal de los equipos técnicos a nivel provincial y cantonal reconoce la necesidad de actualización en temas de nutrición, estadística e informática para el logro de un mejor desempeño.

Se constata la existencia de registros (no actualizados) para la atención de embarazadas y niños, duplicidad de los mismos, hecho que condiciona la pérdida de tiempo por cargas burocráticas. A este hecho se debe sumar la falta de



devolución de la información por parte de los niveles provinciales y la falta de capacidad de análisis de la misma desde el nivel local. En un centro se constató la existencia de 92 registros “olvidados” por las madres (carné de la embarazada y carné de salud del niño).

Las impresiones sobre la situación de salud de una comunidad surgen de apreciaciones subjetivas que adquieren un mayor sesgo si se adiciona la elevada proporción de individuos que no acceden a los servicios básicos de salud o se sienten rechazados de los mismos por la existencia de barreras (geográficas, arancelarias, culturales y aquellas vinculadas con la calidad y la calidez en la atención).

Se percibió que la decisión de integrar acciones en el campo de la salud depende más de la voluntad de los equipos de los sub-centros que de las iniciativas generadas desde los niveles de coordinación provincial o central.

La falta de continuidad en el proceso supervisión capacitante puesta de manifiesto desde el nivel central hasta los niveles provinciales y desde las áreas operativas fue justificada por la carencia de recursos financieros que posibiliten los traslados del personal.

Se constató una situación de deterioro de la planta física de algunos de los centros y sub-centros de salud visitados.

RECOMENDACIONES

Atendiendo a los logros parciales alcanzados por el Proyecto del PMA ECU 4463, y a la serie de limitaciones en cuanto al diseño, implementación, ejecución, y gerenciamiento de dicho proyecto, la Misión considera oportuno establecer una serie de recomendaciones de carácter radical para que eviten la prosecución de distorsiones que afectan tanto a las entidades involucradas como a la propia población beneficiaria.

Es intención de la Misión, proveer una serie de recomendaciones que permitan crear un espacio para la reformulación y re-orientación de las acciones del mencionado Proyecto con miras a crear condiciones más favorables para los futuros proyectos a implementar en el marco del convenio asumido por el PMA con el Gobierno del Ecuador para los próximos años en el marco del PEP (Perfil Estratégico del País o CSO).

La Misión recomienda firmemente que sean considerado el grado de avance en el cumplimiento de las presentes recomendaciones en el momento de definir la formulación de nuevos proyectos y estrategias de asistencia futura al Gobierno del Ecuador.

Finalmente, y dada la reforma del Estado, las políticas y estrategias del Gobierno del Ecuador y del MSP, apoyadas en forma explícita por el PMA; la Misión evaluadora considera oportuno realizar recomendaciones sobre la base dichos lineamientos en base a dos etapas de implementación:

A. Primera Etapa: Recomendaciones a Corto Plazo

R1: Extender el Proyecto del PMA ECU – 4463 de Julio hasta Diciembre de 1999 según criterios descritos en las siguientes recomendaciones.

Responsable: PMA Roma Plazo de ejecución: inmediato
--

R2: Cancelar definitivamente el componente de capacitación a agentes voluntarios de salud, parteras tradicionales y dirigentes comunitarios según lo propuesto por el diseño original del Proyecto.

Responsable: Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Salud. Plazo de ejecución: inmediato.

R3: Cancelar definitivamente las actividades de construcción de abastecimientos de agua y de letrinas.

Responsable: Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Salud. Plazo de ejecución: inmediato.



R4: Priorizar las acciones de salud materno infantil y nutrición en base a criterios de capacidad instalada, descentralización y factibilidad. En el caso de las intervenciones alimentarias, se deberán priorizar a los siguientes grupos vulnerables: mujeres embarazadas y mujeres lactantes (hasta el 70% del requerimiento calórico), niños de 6 a 36 meses (hasta el 70% del requerimiento calórico).

Responsables: Dirección General de Salud, grupo técnico interagencial (ver mas adelante)
Plazo de ejecución: entre el 15 de octubre y 30 de diciembre de 1998.

R5: Articular las acciones del componente alimentario y nutricional tanto orgánica como funcionalmente con los programas existentes a fin de poder ofrecer una verdadera respuesta integral por parte de los servicios de salud materno infantil. Ello implica concentrar los esfuerzos en apoyar las acciones de control prenatal, de atención del parto, de control y seguimiento del recién nacido, del lactante y del niño hasta los 60 meses edad según los criterios definidos en el Manual de Normas para la Atención Materno Infantil por Niveles de Complejidad elaborado por el Programa Materno Infantil del MSP.

Responsables: Dirección General de Salud, Dirección de Promoción y Atención Integral de las Personas
Plazo de Ejecución: 15 de Octubre al 15 de Diciembre de 1998

R6: Modificar globalmente la logística del Proyecto orientada a liberar al MSP del manejo de alimentos, reducir los altos costos operativos vinculados con el desaduanaje, transporte, almacenaje, demoraje y otras contingencias mediante la acción de traspaso del manejo de los alimentos a otra entidad ajena al MSP mediante un proceso de negociación y planificación rápido y eficiente.

Responsables: MSP (Dirección General de Salud, Dirección Nacional de Promoción y Salud Integral de las Personas), PMA Ecuador, ONG seleccionada.
Plazo de ejecución: entre el 15 de octubre y 30 de noviembre de 1998.

R7: Mantener sin modificar y por el período que duren las existencias en las bodegas reportadas en las bodegas al 25/9/98, a las mismas provincias, cantones, parroquias y beneficiarios, informando a los mismos que el proyecto será rediseñado en un futuro mediato. El MSP deberá proveer en un plazo no superior a 15 días una carta intención con un cronograma de distribución mensual de los insumos remanentes hasta agotarlos. La verificación del cumplimiento de la carta intención estará a cargo de un grupo bipartito integrado por personal del MSP y del PMA (con recursos del PMA solicitados para MNE).

Responsables: Dirección General de Salud, Directores Provinciales de Salud de las 5 Provincias.
Plazo de ejecución: Hasta que se agoten las existencias

R8: Monetizar el próximo cargamento a ingresar al país consistente en: 165 TM de leche y 181 TM de aceite. Conservar estos fondos en fideicomiso por parte del PMA Ecuador para la creación de un Fondo de apoyo al actual proyecto bajo una modalidad diferente de gerenciamiento.

Responsable: PMA del Ecuador.
Plazo de ejecución: cuando lleguen los alimentos.

B. Segunda Etapa: Recomendaciones a Mediano Plazo

R1: Conformar un grupo técnico en el MSP con la participación de todas las unidades de la Dirección de Promoción y Atención Integral de las Personas y con el apoyo del PMA y otros organismos y agencias (**grupo técnico interagencial**), basado en la nueva política y estrategia del MSP que oriente su actividad a:

- a) Apoyar las acciones del Programa Materno Infantil en su componente nutricional, con miras al mejoramiento de la calidad y cobertura de los servicios.
- b) Definir y actualizar en forma permanente el rol y modalidad de las intervenciones en el campo de la salud materno infantil en el marco de la seguridad alimentaria y nutricional a nivel familiar.

Participantes/Responsables: Dirección General de Salud, Dirección de Promoción y Atención Integral a las Personas, Directores y Equipos Técnicos Provinciales, PMA, Grupo Técnico Inter-agencial.



Plazo de ejecución: entre el 15 de octubre y 30 de diciembre de 1998.

R2: La Misión recomienda al PMA una mayor integración al MSP como parte del grupo técnico interagencial a fin de:

- Capacitar a recursos humanos de acuerdo a las necesidades (contenidos y destinatarios) definidas por los equipos del MSP.
- Mejorar los sistemas de información existentes, el desarrollo de otros, y fundamentalmente, de la capacidad de análisis de dicha información en los niveles locales para la toma de decisiones.
- Coordinar los esfuerzos con aquellos realizados por otros organismos y agencias.

Responsables: MSP, PMA, grupo técnico inter-agencial.

Plazo de ejecución: 15 de Octubre al 30 de noviembre de 1998.

R3: Toda acción que se desarrolle en el campo alimentario y nutricional debe insertarse como un elemento facilitador y coherente con las actividades desarrolladas por el Ministerio de Salud Pública dentro del Plan de apoyo, transformación y modernización del sistema de salud. La Misión recomienda en este sentido que el PMA, en conjunción con otras agencias de las Naciones Unidas, favorezca y apoye la capacidad gerencial, técnica y administrativa del personal de salud con énfasis en los niveles **parroquial, cantonal y provincial** a través del desarrollo de un programa de capacitación continua.

Responsables: Dirección General de Salud, PMA, grupo técnico interagencial.

Plazo de ejecución: Antes de Febrero de 1999.

R4: Redefinir criterios de focalización a nivel de Provincias y Cantones sobre la base de una planificación descentralizada y elaboración de programas por parte de las Provincias. Los criterios de selección se harán sobre la base de indicadores ya disponibles.

Responsables: Dirección General de Salud, Dirección de Promoción y Atención Integral de las Personas, Directores y Equipos Técnicos de las Provincias, apoyo técnico de MOSTA, PMA, grupo técnico interagencial.

Nota: se adjunta, a modo de ejemplo, un ejercicio para la selección áreas geográficas en base a la propuesta realizada por el MOSTA (**Ver Anexo N°3**)

Plazo de Ejecución: Antes del 15 de Diciembre de 1998.

R5: Los recursos para el apoyo de las actividades alimentario-nutricionales por parte del PMA estarán circunscriptos a dos áreas prioritarias:

- a) Asistencia alimentaria a grupos vulnerables
- b) Capacitación (incluye provisión de recursos para dichas actividades) y educación para la salud y la seguridad alimentaria y nutricional en parroquias y cantones con destino a: trabajadores de la salud y miembros de la comunidad.

Responsables: PMA

Plazo de ejecución: a partir del mes de mayo de 1999.

R6: Los alimentos remanentes del ECU – 4463 que están pendientes de importación a saber: 1,537 TM de arroz, 4 TM de aceite y 350 TM de maíz-soya también deberán monetizarse recomendándose que previo al proceso de monetización se transformen en harina de trigo. La ejecución de estos fondos será destinada según la reformulación de la política y la reorientación de los programas de asistencia alimentaria para salud en el Ecuador que surja de las reuniones de consenso entre las autoridades de salud y el PMA, con el grupo técnico interagencial.

Responsables: MSP, PMA, grupo técnico interagencial.

Plazo de Ejecución: A partir de Enero de 1999.

R7: Creación de un Fondo a fin de posibilitar el desarrollo de nuevas estrategias por parte del PMA en el campo alimentario nutricional que permitan el logro de impacto en las poblaciones vulnerables. La Misión fue informada sobre la iniciativa de la creación del FONESA y recomienda que la misma sea sometida a todas las consideraciones políticas, técnicas, legales y financieras a breve plazo para garantizar, de ser viable la propuesta, su creación y puesta en marcha.



Responsables: PMA y organismos de consulta

Plazo de ejecución: a la mayor brevedad posible, dependiendo de los estudios de factibilidad.

R8: Futuro de la Planta Procesadora. La Misión no posee el expertaje para evaluar aspectos de capacidad instalada, costos de mantenimiento, costos de producción, eficiencia, eficacia, y capacidad ociosa de dichas instalaciones y transporte. En este contexto, y en base al diagnóstico situacional realizado, la Misión recomienda que a la mayor brevedad posible se designe un grupo Ad Hoc para evaluar el futuro de dicha planta y que contemple alguna de las siguientes alternativas: alquiler, b) concesión, c) reingeniería, d) venta, e) otra.

Responsables: MSP, Ministerio de Comercio e Industria, Ministerio de Finanzas, y un delegado de la Cámara de la Producción.

Plazo de ejecución: Antes de Diciembre de 1998.

R9: Desarrollar a modo de experiencia de demostración (en un cantón a definir), la emisión de cupones de alimentos o bonos alimentarios asignados por las unidades operativas de salud y canjeables por los beneficiarios en tiendas o cooperativas de consumo local. Deberá asegurarse que dicha experiencia cuente con un adecuado control social sobre el uso y destino de los recursos alimentarios. Dicha experiencia tendría como objetivo evaluar nuevas modalidades de gestión de programas de asistencia alimentaria, contemplando la reforma del sector y con mira a ser extendida a otros cantones.

Responsables: MSP, Ministerio de Finanzas, ONG.

Plazo de ejecución: del 15 de octubre al 15 de diciembre de 1998.

R10: Por separado, el PMA deberá integrarse a las comisiones de emergencia y desarrollar estrategias para el apoyo alimentario en caso de desastres naturales.

Responsables: PMA

Plazo de ejecución: a demanda de las autoridades locales ante eventuales situaciones de catástrofe.



**INFORME TÉCNICO DEL COMPONENTE DE
SALUD PÚBLICA MATERNO INFANTIL**

**Dr. Raul Mercer
Consultor**

Roma, Abril de 1999



Contenido

- **Resumen**
- **Propósitos y Objetivos de la Evaluación**
- **Metodología de la Evaluación**
- **El Proyecto ECU 4463**
- **Resultados de la Evaluación del Desarrollo del Proyecto**
- **Creación del FONNIN**
- **Coordinación entre diferentes agencias y organizaciones y las actividades asistidas por PMA**
- **Factores que limitan el acceso y la exposición de la población objetivo a los servicios básicos de salud y contribución del PMA a sobreponer estos factores. Situación en el nivel operativo.**
- **Regularidad y la calidad de los servicios a los beneficiarios. Contribución del PMA a alguna mejora para la integración de la ayuda alimentaria en estos servicios.**
- **Concepto, relevancia y rendimiento de las actividades de capacitación a nivel comunitario (trabajadores voluntarios de salud, parteras empíricas, líderes comunitarios). Rol del PMA.**
- **Actividades de saneamiento básico y el rol de la asistencia del PMA**
- **Aplicación de los criterios de selección de beneficiarios y de focalización geográfica**
- **Regularidad y calidad de los sistemas de monitoreo y evaluación, y del monitoreo a través de las visitas domiciliarias**
- **Capacidad institucional del Ministerio de Salud para implementar el Proyecto y en un eventual futuro, un abordaje mas amplio hacia la alimentación complementaria de grupos vulnerables**
- **Recomendaciones para el mejoramiento**
- **Hoja de Ruta**



RESUMEN

El Proyecto ECU-4463 “Atención Primaria de Salud y Mejora del Saneamiento Ambiental” es uno de los principales proyectos asistidos por el Programa Mundial de Alimentos (PMA) en el país. El Proyecto solicitado por el Gobierno del Ecuador, fue aprobado por el CPA (Comité de Políticas Alimentarias) el 20 de septiembre de 1990, sin embargo, debido a un retraso del proyecto anterior (ECU-2182) y pese a que los alimentos empezaron a llegar al país en 1992 no fue, sino hasta junio de 1993, en que el ECU-4463 inició sus actividades.

Tanto las autoridades del Ministerio de Salud Pública (MSP) como del PMA en el Ecuador reconocen que el desarrollo del Proyecto no ha sido satisfactorio. Las principales dificultades identificadas están relacionadas con el incumplimiento de las obligaciones institucionales asumidas oportunamente por el MSP y puestas de manifiesto en el manejo inadecuado de los alimentos destinados al Proyecto, en la capacidad insatisfecha de la Planta Procesadora del Ministerio, así como una falta de coordinación intra e interinstitucional y agencial, hechos que han afectado el desarrollo del mismo.

De acuerdo a los Términos de Referencia, la Misión pudo constatar que el Proyecto se inició en un período de cambios económicos y sociales que afectaron a los sectores de clase media y pobre en 1992; que la política del gobierno actual ha reiterado los programas de ajuste económico y ha implementado medidas aún más serias tendientes a mejorar la macroeconomía pero que ha producido efectos sensibles en grupos sociales que viven en condiciones de pobreza y pobreza extrema. La Misión pudo constatar que la inflación acumulada anual es de 37% (año 1997) con una tasa mensual promedio en los últimos meses del 5.1%.

El Gobierno está consciente de los efectos de los programas de ajuste, al extremo que ha desarrollado un plan de apoyo a los pobres con la creación y entrega de un subsidio económico destinado a la población vulnerable (madres y personas de tercera edad) en condiciones de extrema pobreza.

La Misión pudo detectar la preocupación y el malestar de muchos sectores sobre los posibles efectos actuales y futuros de las medidas de ajuste adoptadas por el gobierno, lo que obliga a pensar que la motivación y justificación para apoyar a los grupos más vulnerables dentro del marco de políticas del Estado adquiere mayor validez. Sin embargo y analizando la evolución del Proyecto ECU-4463, se puede decir que a 63 meses de haber iniciado sus operaciones los resultados son insuficientes; el volumen de alimentos distribuidos es menor del 43.5% del volumen total de alimentos comprometidos para los 5 años del proyecto con destino a la población materno infantil.

De los componentes y actividades desarrolladas según el último informe del MSP (Dic. de 1997) a 54 meses de ejecución del mismo, menos del 50% de las metas de familias han sido alcanzadas, sólo el 17% de mujeres (embarazadas y lactantes) han sido atendidas. El número de niños, menores de 1 año, controlados es menor al 30% de los planificado y los niños de 1 a 4 años atendidos no llega al 12%. Las actividades del componente de capacitación tienen resultados magros y las de saneamiento básico tienen logros por debajo del 8% de lo planificado.

Además de las deficiencias enumeradas en cuanto al cumplimiento de metas, se destaca la poca confiabilidad en cuanto a indicadores utilizados no sólo en el campo nutricional sino en otros indicadores de proceso e impacto vinculados con la salud materno infantil. La mejora en los sistemas de información a través de la incorporación de nuevas tecnologías, el uso de sistema de procesamiento local, el aprovechamiento de la información en todos los niveles de decisión puede contribuir notablemente a la mejora de la gestión de los programas.

La falta de articulación del Proyecto dentro del propio Ministerio de Salud, de dicho Ministerio con otros organismos gubernamentales y no gubernamentales, atenta contra la correcta articulación y coordinación de los recursos existentes destinados a los programas sociales. La Misión recomienda la consolidación de los espacios de articulación intersectorial.

La población permanece excluida de los servicios básicos de salud en extensas áreas rurales visitadas. La existencia de barreras culturales, geográficas y financieras se constituyen en algunos de los hitos a superar. La modalidad de desarrollo de los servicios de salud responde muchas veces al interés del prestador de servicios, existiendo una escasa participación del usuario, quien se comporta como un beneficiario pasivo. Esta situación se agrava por el rol del componente de asistencia alimentaria como elemento que condiciona la prestación de servicios de salud a modo de mercadeo.



El componente de capacitación dirigido a los niveles de decisión, operativos y la comunidad toda, se constituye en un imperativo dentro del proceso de reformulación del actual proyecto.

La Misión considera que en base a las políticas sociales del Gobierno y a los procesos de modernización, descentralización y desconcentración de los recursos, el PMA debe seguir apoyando al Gobierno del Ecuador y al MSP, hecho que ha sido definido en el PEP (Perfil Estratégico de País) y aprobado por la Junta Ejecutiva en Mayo de 1998. Es necesario para esto, considerar que la evolución de los distintos proyectos y del PMA ECU-4463 ha evidenciado en más de un ejercicio de evaluación los problemas de ejecución, la poca integración y los retrasos en el cumplimiento de tareas y metas. La Misión propone como recomendaciones cambios sustanciales y definitivos tanto en el diseño como en el manejo y monitoreo del PMA ECU/4463 así como cualquier compromiso futuro de asistencia alimentaria, hechos que fueron discutidos y convenidos con las autoridades ministeriales

PROPOSITOS Y OBJETIVOS DE LA EVALUACION

Objetivo General de la Misión de Evaluación

Analizar el desarrollo del Proyecto en términos de progreso alcanzados en base a los objetivos y a la contribución de la asistencia del PMA. para obtenerlo. La evaluación se concentrará en aspectos estratégicos actuales y futuros de la asistencia del PMA. en general y en especial para el sector salud del Ecuador. Estas recomendaciones y estrategias deberán considerarse en el contexto del Programa del País. La misión en lo posible deberá identificar lecciones útiles al PMA para orientar la ayuda alimentaria a grupos vulnerables y la alimentación complementaria en el país y en otros países.

La Misión deberá identificar elementos de desarrollo del pasado proyecto que puedan conducir a dicha reorientación. A manera de interrogantes, la misión deberá cubrir una serie de aspectos específicos de diseño, ejecución y evolución del Proyecto, tal como ha sido indicado en los términos de referencia.

Componente de Salud Pública

Examinar las políticas del pasado y del presente y las estrategias del gobierno en salud preventiva, para la madre y el niño; la aplicación y validez del concepto de salud familiar integral, las estrategias para favorecer el acceso de los grupos más vulnerables a los servicios de salud; examinar las estrategias de descentralización de los servicios de salud.

Examinar los recursos (humanos, financieros) asignados al sector salud y las estrategias de implementación de las estrategias mencionadas anteriormente en los años pasados y la planificación de la asignación para los años próximos incluyendo estrategias para establecer fondos especiales (**FOCAL**).

Examinar la coordinación entre diferentes agencias y organizaciones, particularmente **OMS/OPS, UNICEF, FUNAP**, (socios JGCP), que están preocupados con los servicios integrados de salud y **PMA**; grado de complementariedad entre las acciones y sus estrategias y las actividades asistidas por PMA.

Analizar los factores que limitan el acceso y la exposición de la población objetivo a los servicios básicos de salud y examinar si la asistencia de PMA ha contribuido a sobreponer estos factores, examinar si en algún aumento la cobertura de los servicios es atribuible a la ayuda alimentaria.

Examinar la regularidad y la calidad de los servicios de salud provistos a los beneficiarios y si la asistencia del PMA ha contribuido a alguna mejora, integración de la ayuda alimentaria en estos servicios.

Examinar el concepto, relevancia y rendimiento de las actividades de capacitación provistas a nivel comunitario (trabajadores voluntarios de salud, parteras empíricas, líderes comunitarios), rol del PMA en asistir este componente.

Examinar el concepto, relevancia y rendimiento de las actividades de saneamiento básico y el rol de la asistencia del PMA.

Examinar la validez en la aplicación de los criterios de selección de los beneficiarios, examinar la validez y la aplicación de los criterios de focalización geográfica.



Examinar la regularidad y la calidad de los sistemas de monitoreo y evaluación, regularidad del monitoreo a través de las visitas domiciliarias.

Examinar la capacidad institucional, (incluida la capacidad logística) del Ministerio de Salud para implementar el proyecto en su dimensión corriente y en un eventual futuro, un abordaje mas amplio hacia la alimentación complementaria de grupos vulnerables.

Formular recomendaciones como forma para el mejoramiento de la fase remanente del proyecto, formular recomendaciones, si fuera necesario, hacia la reorientación estratégica del proyecto para la fase actual y para el futuro.

METODOLOGIA DE LA EVALUACION

En base a los términos de referencia de la misión de evaluación, el equipo evaluador recurrió a la siguiente metodología de evaluación con el fin de elaborar el presente informe. Es de destacar que todas las fuentes de información utilizadas fueron verificadas y contrastadas con el fin de dar consistencia a cada una de las recomendaciones que surgen del trabajo realizado.

Métodos utilizados:

Lectura de documentos y antecedentes del PMA: orientada fundamentalmente a antecedentes de proyectos realizados y otros en curso del PMA en Ecuador. Informes técnicos sobre el Proyecto ECU 4243.

Lectura y análisis de documentos sobre políticas sociales con énfasis en política socioeconómica y de salud.
Análisis de informes de organismos gubernamentales y no gubernamentales: en el área nutricional (Dirección Nacional de Nutrición), de salud materno infantil, estudios demográficos, estadísticas vitales, estadísticas del área epidemiológica y provisión de servicios de salud.

Organización y propuestas de reformulación del sistema de salud.
Lectura y análisis de investigaciones Ad Hoc: en el área de localización de población en situación en riesgo, salud materno infantil, condiciones de salud de la mujer.

Análisis y contraste de información de documentación: con el objeto de definir congruencia y confiabilidad de los datos recolectados.

Documentos elaborados por organismos no gubernamentales

Entrevistas a funcionarios de gobiernos y de agencias relacionadas con el tema de salud y nutrición (PMA, UNICEF, OPS).

Sesiones de discusión con integrantes del equipo evaluador y contraparte del PMA.

Entrevistas a informantes clave en los niveles provinciales, regionales y locales: estas entrevistas contemplan a los Directores Provinciales de Salud, a los coordinadores del área de nutrición y materno infantil, a los responsables de área, proveedores de servicios de las unidades operativas y usuarios del sistema.

El Proyecto ECU-4463

En el sector salud, el PMA ha apoyado especialmente el Proyecto ECU-2182 y extensiones del mismo, que finalizó en 1993. El Proyecto PMA ECU-4463 “Atención Primaria en Salud y Mejora del Saneamiento Básico” inició sus funciones en junio de 1993. El Proyecto se orienta a los esfuerzos de fortalecimiento de los servicios primarios de salud y a los procesos de descentralización y desconcentración. Se focaliza en 5 provincias a saber: **Azuay, Cotopaxi, Chimborazo, Manabí y Esmeraldas** y cubre un Cantón por provincia. La focalización fue hecha en base a indicadores de pobreza aunque el diseño menciona otros indicadores. El proyecto cuenta con 3 componentes y las siguientes actividades:



Componente Salud Familiar Integral (Alimentación Complementaria)

- Atención a nuevas familias
- Atención a mujeres embarazadas
- Atención a madres lactantes
- Atención a niños menores de 1 año
- Atención a niños de 1 a 4 años

Componente de Capacitación

- Voluntarios de Salud
- Parteras
- Líderes Comunitarios

Componente Saneamiento Básico

- Construcción de letrinas
- Construcción de abastos rurales de agua

Los objetivos definidos por el proyecto en la propuesta original pueden sintetizarse como siguen:

- Ampliar la cobertura de los servicios de salud a las zonas rurales proponiendo a la población objetivo, un servicio integral de salud.
- Mejorar la calidad de la atención de salud a nivel comunitario mediante la formación de agentes de salud ordinarios y voluntarios, comadronas y dirigentes comunitarios.
- Mejorar los servicios sanitarios y controlar la contaminación ambiental por desechos humanos mediante instalación de servicios de agua y letrinas.

Asimismo los resultados esperados fueron definidos en forma sumaria:

- Componente de Salud Integral: en promedio, cada año 7,348 familias de alto riesgo tendrían acceso a los servicios de salud integral.
- Componente de Capacitación Sanitaria
 - En promedio 3.760 agentes de salud serán capacitados
 - En promedio 3.760 comadronas serán capacitadas
 - En promedio 1.090 dirigentes comunitarios serán capacitados
- Componente Saneamiento Ambiental
 - se construirán 82.665 letrinas
 - se construirán 545 servicios rurales de agua.

RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL DESARROLLO DEL PROYECTO

Las políticas del pasado y del presente y las estrategias del gobierno en salud preventiva, para la madre y el niño, la salud familiar integral, las estrategias para favorecer el acceso a los servicios de salud y de descentralización de los servicios de salud.

Desde 1996 el Gobierno del Ecuador inició un proceso de modernización del Estado, orientado a promover el desarrollo a corto y mediano plazo. Para tal fin, la combinación de políticas de estabilización económica y de reforma estructural del Estado se concentran en tres grandes objetivos: la reducción del déficit fiscal, la reorientación del gasto público y el incremento de la eficiencia en la inversión pública y privada.

Las metas macroeconómicas del gobierno son:

- Crecimiento anual del 5% (PIB)
- Incrementar las exportaciones de 5.000 a 7.200 millones de dólares



- Incrementar el gasto social en 70%
- Combatir la evasión tributaria (que se calcula en 600 millones de dólares)
- Corregir el déficit fiscal a 4.5% del PIB
- Reducir la inflación a menos del 10% anual
- Reducir el tamaño del Estado
- Vender el 35% de los servicios telefónicos
- Transformar Petroecuador
- Continuar modernizando el sector económico

Como parte de un compromiso estatal adquirido en la Cumbre Mundial de Desarrollo Social (Copenhague, 1995) el Gobierno ha establecido un plan de desarrollo social (1996-2005) cuyos ejes básicos son:

- Eje 1: El Programa Nacional de Superación de la Pobreza
- Eje 2: Las políticas sociales pro-reactivación productiva
- Eje 3: Las políticas de integración social hacia sectores vulnerables.

Dicho plan determina además como prioridad el desarrollo de un conjunto de acciones de salud, saneamiento básico, de educación y de empleo productivo. Para tal fin se ha creado un Frente Social integrado por los Ministerios de Educación, Salud Pública, Trabajo, Vivienda y Bienestar Social.

Aunque no existen estimaciones precisas de la pobreza en Ecuador, los datos más recientes y comparables realizados por el Banco Mundial en 1994 evidencian que la pobreza afecta al 52% de la población del país. Las cifras para los sectores urbano y rural son 40 y 67% respectivamente.

Entidades prestigiosas de investigación y de servicio han difundido claramente la situación de pobreza y pobreza extrema. Según el SECAP – BM, (Encuesta de Condiciones de Vida 1994) se observa la siguiente situación en la población de las provincias y cantones que forman parte del Proyecto:

Niveles de Indigencia y Pobreza en zonas rurales de Provincias y Cantones del ECU - 4463

		Indigencia (%)	Pobreza (%)
Provincia	Azuay	12.9	64.7
Cantón	Oña/Nabón	15.7/26.6	79.3/88.5
Provincia	Cotopaxi	23.7	79.8
Cantón	Salcedo	18.7	72.7
Provincia	Chimborazo	34.6	83.7
Cantón	Colta	35.8	88.1
Provincia	Esmeraldas	29.0	76.8
Cantón	Atacames	24.8	70.8
Provincia	Manabí	26.1	76.7
Cantón	Paján	25.6	74.3

Los indicadores demográficos y sanitarios muestran gradientes en cuanto a la magnitud de la problemática que afecta a las 5 provincias seleccionadas para el proyecto. Dichas variaciones se comportan como elemento cuestionador de las zonas focalizadas para el presente proyecto.

Indicadores Demográficos y de Salud Para Las Cinco Provincias Del Proyecto ECU 4463

Indicadores	País	Azuay	Cotopaxi	Chimborazo	Esmeraldas	Manabí
Población°	11,698,496	588,014	298,046	407,876	381,135	1,191,941
Esperanza de vida al nacer (años)*	67.3	66.1	65.9	62.4	64.5	70.3
Varones	72.5	75.0	71.3	66.0	70.6	75.0
Mujeres						



Tasa bruta de natalidad*	23.7	22.3	35.4	30.8	29.3	27.2
Tasa de fecundidad *	3.3	3.9	5.0	5.0	4.7	4.1
Indigencia° (%)	15.3	9.6	20.5	18.9	18.5	16.4
Población con NBI (%)°	40.3	37.9	49.0	45.3	53.4	49.9
Analfabetismo (%)°	10.3	11.9	19.9	22.9	13.0	13.6
Población con acceso a agua potable (%)°	69.7	77.1	80.6	80.5	56.0	53.0
Población con servicios de alcantarillado (%)°	41.7	48.2	27.8	38.6	23.4	24.5
Población con servicios de letrinas (%)°	15.7	9.4	29.3	18.1	22.5	21.9
Tasa de mortalidad infantil (x 1000 nv) (1995)°	20.4	17.8	32.7	27.2	15.4	10.9
Partos asistidos por personal capacitado (%)	64*/36°	20°	19°	21°	16°	34°
Nacimientos°	271,340	12.888	10.513	12.411	10.916	31.883
Prevalencia de RN con bajo peso al nacer (%)	13.0*/9.2°°	8.8	8.4	12.9	14.2	7.4



Tasa de mortalidad materna (x 100.000 nv)* 95	150*/62.7°	124.1°	66.6°	137°	91.6°	28.2°
Prevalencia de embarazadas con bajo peso°° 95	23.6	16.8	21.6	22.2	23.9	33.5
Desnutridos menores de 1 año°° (L,M y G)	13.9	11.2	11.1	17.7	15.9	14.0
Desnutridos de 1 a 4 años°° (L, M y G)	26.3	26.1	26.8	40.0	23.0	24.6
Lactancia exclusiva al 3 mes (%)*	29.0					

° Fuente: Situación de la Salud en el Ecuador. Indicadores Básicos por Provincias. MSP-OPS. Edición 1997.

° Fuente: Situación de la Salud en el Ecuador. Indicadores Básicos por Provincias. MSP-OPS. Edición 1997.

°° Fuente: SISVAN – DNN- MSP (1995) Publicado en Septiembre de 1996.

La nueva política de salud define el rol del Estado como garante del derecho a la salud de la población, se concentra en 4 funciones básicas:

Rol rector: implica la responsabilidad de conducir, normar, regular, coordinar y evaluar las acciones de salud de las entidades públicas y privadas en la promoción, prevención, y recuperación de la salud.

Rol de promoción: el Estado debe promocionar la salud generando condiciones favorables de vida y trabajo mediante acciones intersectoriales, políticas públicas saludables y otras acciones.

Rol para garantizar el acceso equitativo a la atención: esto implica el establecimiento de estrategias y modalidades de financiamiento para garantizar el acceso de toda la población a la atención sin ningún tipo de barreras.

Rol de provisión descentralizada de servicios: en este sentido, el Estado debe impulsar el diseño y aplicación de modelos de atención integral mediante la adecuada descentralización de servicios basada en los principios de equidad, solidaridad, universalidad, calidad y eficiencia.

Para cumplir con su rol, el Ministerio de Salud ha impulsado el Consejo Nacional de Salud (CONASA) y presentó a la Asamblea Nacional Constituyente las reformas legales del sector las cuales se encuentran en proceso de implementación.

Los lineamientos de la actual gestión en salud que se sustentan en el concepto integral de la salud, a ser asumida como obligación del Estado, en corresponsabilidad con personas, familias y comunidades, buscan identificar procesos y acciones que traduzcan en forma efectiva dicha concepción.

El actual gobierno considera a la salud de manera integral, resultante de acciones intersectoriales relativas a la promoción de la salud y la atención médica, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Recursos (humanos, financieros) asignados al sector salud y las estrategias de implementación para los años próximos.

CREACION DEL FONNIN.

El 20 de Febrero de 1989 el Gobierno del Ecuador crea el Fondo Nacional para la Nutrición y Protección de Infantil Ecuatoriana (FONNIN) para financiar los planes y programas de nutrición y protección infantil incluyendo la etapa prenatal. Los recursos del Fondo provienen de un impuesto que se grava el 2% a varias importaciones consignadas en las lista I y II anexos al Reglamento de la Ley sobre Cambios Internacionales. La gestión operativa de este fondo está a cargo de los ministerios que conforman el Frente Social (Salud, Bienestar Social, Trabajo y Educación). El Ministerio de Salud tiene una alícuota correspondiente al 30% del total de este fondo. El monto total del FONNIN consignado para el ejercicio económico 1987-88 fue de US\$ 25,000,000.

A través de los años, los recursos del FONNIN del MSP han sido destinados para el pago de gasto corriente, el cual incluye a personal de salud, administrativo y de apoyo. Gran parte de este personal no tiene relación alguna con programas o proyectos relacionados con el área nutricional y/o de salud infantil. En el año 1991 de los 1,253



empleados pagados con recursos del FONNIN, tan sólo una partida fue destinada para el pago de una nutricionista (< 0.1%). En un último informe brindado por la Dirección Nacional de Nutrición, sobre un total aproximado de 2,000 contratos, 70 están destinados al área de nutrición (choferes, nutricionistas, personal de nivel central).

El **FONNIN** destina fondos a Bienestar Social (60%), Salud (30%) y Educación (10%). El **FOCAL** es el precursor del **FONESA** (en etapa de formulación). La intención del **PMA** es la de solicitar a **FONNIN** autorización para la transferencia de fondos hacia el **FONESA**.

El uso de estos fondos para gastos no contemplados en el Proyecto ECU 4463, ha contribuido a que la contraparte Nacional no cumpla con los compromisos asumidos con el PMA.

El **FASBASE** es el precursor del **MODERSA**. Este proyecto está financiado por el Banco Mundial. U\$ 70 millones (BM) y U\$50 millones como contraparte nacional. Este proyecto finaliza en el año 2000. Meta, alcanzar 40 cantones. En este momento hay 15 cantones incorporados.

Para el Ecuador, el gasto total en atención en salud para 1995, fue de 816 millones de dólares, correspondientes al 4.6% del PBI, con un gasto per cápita en salud de 71 dólares, uno de los más bajos para la región.

Con relación al presupuesto del Estado, la asignación del Ministerio de Salud Pública ha descendido del promedio del 7% entre 1980 y 1990, al 2.8% en 1997, recuperándose al 4.1% en 1998.

Coordinación entre diferentes agencias y organizaciones y las actividades asistidas por PMA.

Existen innumerables organismos y agencias tanto nacionales como internacionales que desarrollan actividades en el campo social con orientación hacia el desarrollo y la salud materno infantil. Se estima la existencia de 300 ONG's que trabajan en el campo nutricional.

Cada Ministerio define su modalidad de relacionamiento entre sí y con otros organismos no gubernamentales. El PMA mantiene su coordinación a través de la Dirección Nacional de Nutrición (DNN) del Ministerio de Salud Pública. A modo de ejemplo, la DNN dependiente del MSP tiene relación con el **INNFA** (Instituto del Niño y la Familia), escasa relación funcional con **OPS, UNICEF y FUNAP**. Por otra parte, la relación de la DNN con Programa Materno Infantil (MSP) se da en ciertos aspectos de coordinación técnica. A modo de ejemplo, el área de micronutrientes está por fuera de la DNN (concretamente en la Universidad).

Desde la perspectiva de OPS se plantea la necesidad de mejorar los sistemas de vigilancia a nivel local. OPS participa actualmente en el desarrollo de sistemas de información. No existe vinculación a nivel operativo del Programa Materno Infantil con la DNN. Pese a las reiteradas sugerencias de coordinar, no hubo predisposición de la DNN para trabajar en forma conjunta.

OPS articula sus actividades con el área materno infantil y de adolescencia del MSP a través del Plan para la Reducción de la Mortalidad Materna, los programas para aumento de cobertura de inmunizaciones (PAI), y Control de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI).

OPS está desarrollando una intensa actividad de capacitación en el componente **AIEPI** (atención integral de las enfermedades prevalentes en la infancia) en distintas provincias. La capacitación de unidades operativas, mostraba al momento de la evaluación los siguientes resultados:

Regiones/Provincias	Estado de avance
Bolívar Imbabura	100%
Loja, Azuay, Cañar, Guayas, Manabí Chimborazo, Tungurahua, Pichincha, Napo, Sucumbios	Avance Parcial
El Oro, Cotopaxi	Iniciada
Resto	No iniciada

Esta capacitación no presenta ninguna modalidad de articulación con el componente de salud infantil del Proyecto ECU 4463 del PMA. OPS está iniciando además un curso de capacitación a distancia en salud materno infantil.



El área de lactancia materna es manejada por el Programa Materno Infantil sin coordinación con la DNN o el PMA. Dicho programa recomienda la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Por otra parte, en el material que provee la DNN repite el mismo criterio pero recomendando además la incorporación de alimentos hacia el cuarto mes de edad. Esta situación pone de manifiesto la falta de coordinación de contenidos y propuestas en el campo alimentario-nutricional.

Por su parte, el Programa Materno Infantil puso de relevancia la existencia de espacios de articulación con FUNAP (2 provincias), USAID (5 provincias), OPS (a nivel nacional), UNICEF (a nivel nacional) y con PMA (en las cinco provincias del proyecto pero dentro de un marco de coordinación operativa de poca intensidad).

Por entrevistas con Representantes y Oficiales de Programas de OPS y UNICEF se pudo determinar que el Programa no coordina con éstas agencias ninguna actividad definida en los componentes del Plan de Operaciones.

Factores que limitan el acceso y la exposición de la población objetivo a los servicios básicos de salud y contribución del PMA a sobreponer estos factores. Situación en el nivel operativo.

La Misión pudo constatar que tanto el personal del nivel central, como provincial y cantonal poseen una excelente mística y compromiso por su trabajo. Sin embargo, dado que el Programa de Nutrición es de carácter centralizado y, en cierta medida, compartimentado, no coordina sus actividades en el contexto de la atención integral de la salud. El Programa de Nutrición en general y la complementación alimentaria en especial, tiene poca integración con otros programas relacionados del MSP.

La Misión pudo constatar que en general, los trabajadores de la salud tienden a **ponderar** la entrega de alimentos considerando a la misma como el principal sostén de las coberturas de los servicios de salud en detrimento de la calidad brindada por los mismos.

La Misión constató que hay desfases en la entrega de alimentos a nivel de beneficiarios que van desde 3 a 6 meses (durante el año 98 el desfase es de 5 meses) por demoras en la distribución desde la Planta Procesadora hacia las unidades operativas generando variaciones en la demanda "condicionada a la provisión de alimentos".

La Misión constató que pese a la recolección de datos para el SISVAN, el último reporte disponible data de 1995. Asimismo no existe una cultura de análisis de datos de salud y nutrición por los ejecutores provinciales y supervisores del Programa.

Si bien se resalta el nivel de compromiso asumido por el personal de las Direcciones Provinciales, Areas y Parroquias, debe destacarse que en muchos casos el personal realiza tareas administrativas que consumen tiempo y que desvían su esfuerzo de otras actividades que podrían brindar un mayor beneficio para la población.

Las impresiones sobre la situación de salud de una comunidad surgen de apreciaciones subjetivas que adquieren un mayor sesgo si se adiciona la elevada proporción de individuos que no acceden a los servicios básicos de salud o se sienten rechazados de los mismos por la existencia de barreras (geográficas, arancelarias, culturales y aquellas vinculadas con la calidad y la calidez en la atención).

Se percibió que la decisión de integrar acciones en el campo de la salud depende más de la voluntad de los equipos de los subcentros que de las iniciativas generadas desde los niveles de coordinación provincial o central.

La falta de continuidad en el proceso supervisión capacitante puesta de manifiesto desde el nivel central hasta los niveles provinciales y desde las áreas operativas fue justificada por la carencia de recursos financieros que posibiliten los traslados del personal. Se constató una situación de deterioro de la planta física de algunos de los centros y subcentros de salud visitados.



Regularidad y la calidad de los servicios de salud provistos a los beneficiarios. Contribución del PMA a alguna mejora para la integración de la ayuda alimentaria en estos servicios.

COMPONENTE/ACTIVIDADES	DATOS ACUMULATIVOS	
Salud Familiar Integral	JUN 93/DIC 97 (54 MESES) (%)	
# de Familias atendidas (Primera Consulta)	15427	46.6
# de Mujeres embarazadas atendidas		15.3
# de Madres lactantes atendidas		17.8
# de Niños < de 1 año atendidos		28.8
# de Niños de 1 a 4 años atendidos	14697	11.8

Fuente: Informe sobre la ejecución del Proyecto ECU-4463

“Atención Primaria de Salud y Mejora de Saneamiento Básico” Enero - Diciembre de 1997

Enviado por la Dirección de Nutrición de a la oficina del PMA en Ecuador el 12 de junio de 1998 (REF SNU-10-98-100) . **Nota:** No existe reporte del 1er Semestre de 1998

La misión revisó reportes y evaluaciones previas del proyecto. No existen informes parciales de 1998 y el reporte acumulado de progreso más reciente se refiere a diciembre de 1997, (enviado al PMA en julio de 1998). La misión juzgó oportuno evaluar los resultados del Proyecto de acuerdo a los términos de referencia. Los resultados sobre familias atendidas es de 46,6; 15,3 por ciento de mujeres embarazadas, 17,8 por ciento de madres, 28,8 por ciento de niños menores de un año y solamente 11,8 por ciento de niños de 1 a 4 años atendidos. Los otros dos componentes presentan resultados substancialmente bajos en comparación con la meta propuesta.

Si bien es cierto que se realizaron otras actividades y se entregaron alimentos para otros sub-proyectos, la misión concentró más atención en el proyecto de acuerdo a su diseño original.

Concepto, relevancia y rendimiento de las actividades de capacitación a nivel comunitario (trabajadores voluntarios de salud, parteras empíricas, líderes comunitarios). Rol del PMA.

En relación al objetivo y componente de capacitación la misión no encontró indicadores contruidos a priori para su monitoreo. Aspectos inherentes al contenido de las capacitaciones, evaluación pre y post, cambios en nivel de conocimiento ni efectos de estas capacitaciones en relación a cobertura de servicios y/o cambios de comportamiento en la comunidad no se registran.

La única variable disponible en los reportes es el número de personas capacitadas. La misión discutió con los responsables a nivel central, provincial y cantonal sobre posibles indicadores que evidencian los efectos en el programa materno infantil; tales como número de embarazadas referidas por comadronas, número de partos asistidos, intra domiciliarios versus partos institucionales, disocias previstas y referidas, control de peso al nacer etc. Los miembros de la misión consideraron esta como un área técnica muy débil del Proyecto. Finalmente no se pudo identificar indicadores de impacto en el objetivo y componentes de Saneamiento Ambiental (personas beneficiadas, por ciento de uso de letrinas, etc.); nuevamente solo se encontró el número de servicios instalados.

COMPONENTE/ACTIVIDADES	DATOS ACUMULATIVOS	
Componente de Capacitación	JUN 93/DIC 97 (54 MESES)	
Voluntarios de salud	43	1.3
Parteras	28	0.8
Líderes Comunitarios	315	32.0

Fuente: Informe sobre la ejecución del Proyecto ECU-4463

“Atención Primaria de Salud y Mejora de Saneamiento Básico” Enero - Diciembre de 1997

Enviado por la Dirección de Nutrición de a la oficina del PMA en Ecuador el 12 de junio de 1998 (REF SNU-10-98-100) .

Nota: No existe reporte del 1er Semestre de 1998

La Misión constató que el personal de campo carece de una capacitación en aspectos básicos de nutrición aplicada; que no analizan la información recolectada y que cuando hay alimentos disponibles, la distribución y llenado de informes les toma de 6 a 8 días hábiles.



No se han realizado capacitaciones para nutricionistas. En Chimborazo, en cambio se realizaron actividades de capacitación destinadas a enfermeras y líderes comunitarios. Allí refieren la carencia de recursos para capacitación. Existen necesidades de capacitación en temas como salud mental y violencias. En Esmeraldas la enfermera capacita a las matronas. En la jefatura del área 4 se estaban realizando actividades capacitación en monitoreo y evaluación.

El personal de los equipos técnicos a nivel provincial y cantonal reconoce la necesidad de actualización en temas de nutrición, estadística e informática para el logro de un mejor desempeño.

Se constata la existencia de abundante material publicado para actividades de capacitación. El caso del Manual de Normas que conforma el Proyecto ECU4463, dista en sus contenidos y forma de presentación de las propuestas mas coherentes, e innovadoras que en se encuentra realizando el MSP en el campo de la salud materno infanto juvenil.

Considerando a la supervisión como un componente capacitante dentro del proceso de mejora de la gestión de los servicios de salud, la misma no se realiza con carácter regular y es contrastante la visión desde los niveles centrales (carácter bianual) hasta los niveles regionales (esporádica a nula).

Actividades de saneamiento básico y el rol de la asistencia del PMA.

No se pudieron identificar indicadores de impacto en el objetivo y componentes de Saneamiento Básico (personas beneficiadas, porcentaje de uso de letrinas, etc.), además de no poder contar con la cifra de servicios instalados.

COMPONENTE/ACTIVIDADES Saneamiento Básico	DATOS ACUMULATIVOS JUN 93/DIC 97 (54 MESES)	
Letrinas construidas	4655	6.3
Abastos de agua construidos	7	7

Fuente: Informe sobre la ejecución del Proyecto ECU-4463

“Atención Primaria de Salud y Mejora de Saneamiento Básico” Enero-Diciembre de 1997

Enviado por la Dirección de Nutrición de a la oficina del PMA en Ecuador el 12 de junio de 1998 (REF SNU-10-98-100) .

Nota: No existe reporte del 1er Semestre de 1998

Aplicación de los criterios de selección de beneficiarios y de focalización geográfica.

En la selección original de Provincias y Cantones no hubo participación protagónica de los actores locales (provinciales o cantonales). En algunos casos, las propuestas formuladas desde la provincia no fueron tomadas en consideración, mientras que en otros, se pudo constatar la existencia de áreas geográficas de mayor riesgo que las actualmente incorporadas en el Proyecto.

El número de beneficiarios identificados del proyecto fue:

Beneficiarios	Cantidad
Niños de 6 a 11 meses	15.458
Niños de 1 a 5 años	77.921
Mujeres embarazadas	19.324
Mujeres lactantes	15.458
Líderes comunitarios	599
Parteras	2.068
Promotores Voluntarios	2.068

La Misión pudo constatar que la definición de beneficiarios no fue adecuada en el diseño, ya que casi no se pudo separar las familias nuevas de las subsecuentes y hubo una división standard de las cinco provincias, sin una agrupación ni consideración de la población por comunidades y cantones.

Según lo informado por la Nutricionista Coordinadora de la DNN, cada provincia seleccionó su área. Las áreas prioritarias fueron consideradas áreas piloto.



La Misión analizó los criterios de selección de las familias según la propuesta que eran lógicos y aceptables pero que en la práctica no se siguieron.

Regularidad y calidad de los sistemas de monitoreo y evaluación, y del monitoreo a través de las visitas domiciliarias

Los indicadores de salud y nutrición son sin embargo poco precisos, generados por varias fuentes y distintos niveles de interpretación aunque es innegable que existen problemas de carencias en una buena parte de la población materna e infantil, debido básicamente a la falta de acceso a la canasta básica de alimentos.

El armado de un grupo de indicadores básicos que contemplen algunos aspectos vinculados con el Proyecto mostró dificultades en su elaboración por la coexistencia de diferentes factores.

En primer término, no existen fuentes únicas para la provisión de datos, sino que en algunos casos dichas fuentes alternativas proveen información de carácter discordante. A modo de ejemplo, la proporción de partos asistidos por personal capacitado o la prevalencia de recién nacidos con bajo peso al nacer ofrecen variaciones importantes según la fuente.

Cierta información no se desagrega por provincia ni por cantones, hecho que impide el análisis con criterio de focalización (por ejemplo inexistencia de información relativa a la Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años o a la prevalencia de lactancia materna exclusiva al 4to mes de edad).

Existen incongruencias en los datos, hecho que cuestiona la calidad de los mismos (x ej. falta de correlación entre la prevalencia de embarazadas y la de recién nacidos con bajo peso al nacer).

La tasa de mortalidad infantil muestra cifras significativamente superiores a la media nacional en dos de las provincias seleccionadas por el Proyecto: Cotopaxi y Chimborazo. El resto de las provincias del Proyecto muestra cifras inferiores a la media. La tasa de mortalidad materna muestra cifras alarmantes (con variaciones según la fuente de 70 a 150 muertes x 100.000 nv) y con altos niveles de subregistro.

La atención de partos por personal especializado es baja en el país y es aún menor en las 5 provincias involucradas en el Proyecto. Si bien la asistencia del embarazo se realiza en los subcentros de salud, el parto se produce en proporciones elevadas a nivel domiciliario sin ningún tipo de asistencia formal. La proporción de recién nacidos que se asisten en forma inmediata también muestra niveles bajos, hecho que condiciona una situación de elevado riesgo durante el período perinatal (asociado a altas tasas de mortalidad materna y neonatal).

La prevalencia de bajo peso al nacer se encuentra significativamente incrementada (>del 10%) en dos de las provincias que forman parte del proyecto: Chimborazo y Esmeraldas. La prevalencia embarazadas con bajo peso (según el % de adecuación de peso para talla en función de la edad gestacional) es constante en todas las provincias con relación a la media nacional, con la excepción de Manabí (10 puntos superior). Estas cifras, provistas por el SISVAN merecen una discusión pormenorizada dadas las falencias en la representatividad y continuidad en la provisión de la información.

Si comparamos las coberturas logradas en una de las provincias del Proyecto (Esmeraldas) en forma comparativa para los períodos de 1997 y 1998 (parcial) respectivamente observamos que para el control prenatal fue de 49.03% y 33.2%, la de partos institucionales de 2.4% y 11%, la de control postparto 4.1% y 3%, la de regulación de la fecundidad de 6% y 4%, la de control de niños menores de 1 año de 70% y 42%. Esta información, provista por la Dirección Provincial de Salud también está sujeta a críticas ya que por lo recabado en la visita de campo a los servicios se asume que existe una gran proporción de individuos que no acceden al sistema de salud.

La prevalencia de desnutrición total (leve, moderada y grave) en menores de un año muestra valores que están alrededor del promedio nacional, para el caso de dos de las provincias incorporadas en el Proyecto (Azuay y Cotopaxi), dichas cifras están por debajo de la media nacional. Sólo la provincia de Chimborazo (para la población de 1 a 4 años) muestra valores significativamente superiores (40% contra 26% del promedio nacional). El SISVAN (Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional) no provee información sobre desnutrición crónica ni aguda ya que la información se basa sólo en datos de adecuación de peso/edad. Por otra parte, el sistema presenta sesgos condicionados por la falta de información de Guayas (20% de la población del país). Se estima que el 80% de las unidades operativas están dentro del sistema.



Finalmente, los datos de prevalencia de lactancia materna exclusiva muestran cifras del 80% sin posibilidad de verificación, demasiado elevadas para lo que acontece en otros países de la región y de dudosa calidad conociendo las falencias existentes en los sistemas de vigilancia epidemiológica.

Las coberturas de inmunizaciones muestran cifras que en algunos casos están por debajo de lo recomendado. Como contraparte, salvo poliomielitis, existe aún notificación de enfermedades inmunoprevenibles. En la siguiente tabla se observan los indicadores de cobertura para inmunizaciones, casos notificados de algunas de las enfermedades inmunoprevenibles para el país y las cinco provincias del Proyecto.

Coberturas de Inmunizaciones

Indicadores	País	Azuay	Cotopaxi	Chimborazo	Esmeraldas	Manabí
BCG (%)	100	99.7	89.7	90.0	83.7	96.0
Sarampión(%)	78.9	71.5	50.0	65.4	57.8	72.1
Casos notificados de sarampión (1996)	40	--	--	--	--	3
Poliomielitis (OVP3) (%)	89.0	90.3	61.1	77.1	63.4	71.4
Casos notificados de poliomielitis (1996)	--	--	--	--	--	--
DPT3 (%)	87.5	90.0	61.4	77.3	68.6	71.1
Casos notificados de tétanos neo-natal (1996)	37	1	2	1	1	1
Casos notificados de rabia humana (1996)	65	3	3	4	1	5

Existen dos variables de elevado riesgo socio-ambiental y sanitario como lo son la existencia de casos de **tétanos neo-natal** y **rabia humana** presentes en las 5 provincias integrantes del Proyecto.

Pese a que en el diseño de la propuesta original se plantearon una serie de indicadores de seguimiento, la misión no pudo detectar el uso de los mismos. Esto en parte es atribuible a lo ambiguo y poco específico de los objetivos. Así por ejemplo, el objetivo 1, fue formulado sin una línea de base y por lo tanto la misión no pudo utilizar ningún indicador de proceso ni aún menos de impacto que permitiera comparar la situación original con la actual. La extensión de cobertura no se cuantificó en el diseño (en qué proporción) y el significado de Salud Integral Materno Infantil se refería a un conjunto muy extenso de acciones pero poco concreto en términos de su evaluación. La misión buscó con mayor énfasis algún indicador de riesgo (obstétrico y nutricional) en los registros de control pre y post natal y riesgos del niño. La información colectada no conduce a este tema y es poco confiable.

VARIABLES como talla, ganancia de peso de las embarazadas, peso al nacer del producto del embarazo, etc., no se encontraron en forma consistente. Bajo peso al nacer, tasa de desnutrición en niños menores de cinco años, prácticas de lactancia y otros indicadores no pudieron analizarse.

En los carnets de control (embarazadas y menores de 5 años) se registra el peso aunque sin control de calidad (la misión detectó omisiones y errores de registro) los datos han sido sistemáticamente reportados a nivel central y de las provincias pero no son analizados por el personal operativo.

Se constata la existencia de registros (no actualizados) para la atención de embarazadas y niños, duplicidad de los mismos, hecho que condiciona la pérdida de tiempo por cargas burocráticas. A este hecho se debe sumar la falta de devolución de la información por parte de los niveles provinciales y la falta de capacidad de análisis de la misma desde el nivel local. En un centro se constató la existencia de 92 registros "olvidados" por las madres (carné de la embarazada y carné de salud del niño).

Capacidad institucional del Ministerio de Salud para implementar el proyecto y en un eventual futuro, un abordaje mas amplio hacia la alimentación complementaria de grupos vulnerables.

Existe voluntad explícita por parte del Gobierno actual por llevar adelante el proceso de transformación de los programas de complementación alimentaria sobre la base de la reformulación de las políticas de salud a través de:

- Valorización de las políticas sociales como base para el desarrollo del país.



- Impulso a los procesos de reforma del sector salud.
- Fortalecimiento del nuevo rol del Estado.
- Fomento de los procesos de articulación intersectorial.
- Gestión descentralizada, desconcentrada y participativa, con creciente involucramiento de gobiernos municipales y seccionales, propiciando la conformación de instancias locales de concertación sectorial.

También se propone la modernización del proceso de gerenciamiento institucional con reformulación de los criterios de asignación de recursos sobre la base de resultados obtenidos.

- Separación de las funciones de financiamiento y prestación de servicios.
- Sustentación técnica a través de conformación de equipos competentes y capacitados.
- Promoción de la participación social a través de la gestión descentralizada de los servicios y consolidación de espacios de participación democrática.
- Lucha contra el flagelo de la corrupción.

La Misión concluye que el MSP dispone de capacidad y visión para implementar el proyecto con un criterio amplio que tome en consideración los diferentes aspectos estratégicos.

Es evidente que los condicionantes surgen de otros aspectos que trascienden los enunciados y que se vinculan con el clima social, la gobernabilidad, la correcta explicitación de las políticas a la población involucrándola en la toma de decisiones y al criterio utilizado en la implementación de los programas de ajuste al menor costo social posible.

Recomendaciones para el mejoramiento.

1. La necesidad de reformular el actual proyecto tanto en el componente alimentario (ver informe correspondiente) como en el de salud se traducen en un imperativo de carácter urgente.
2. La reformulación de las acciones de complementación alimentaria deben acompañar a la reformulación del sistema de salud con énfasis en el modelo de atención.
3. El desarrollo de los servicios de salud deben contemplar las necesidades de los destinatarios y deben desprenderse de las modalidades centralizadas con las consecuencias ya descritas en el presente informe.
4. La capacitación de todos los niveles (gerenciales, operativos y de la comunidad) es un punto de partida en todo el proceso de cambio tendiente a fortalecer el sentido de pertenencia al sistema y mejorar la calidad de todos y cada uno de sus componentes.
5. La reformulación de los sistema de información permitirá arribar a mejores diagnósticos situacionales y adecuar las estrategias tendientes a abordarlos.
6. El proceso de articulación intersectorial debe ser una herramienta que permita brindar una mayor optimización y coordinación de los recursos existentes destinados a los Programas Sociales.
7. El PMA debería fortalecer sus equipos técnicos para pasar a ocupar un rol competitivo en su relacionamiento interinstitucional dentro del proceso de articulación trascendiendo la mera operación de entrega de alimentos.
8. El análisis que surge de las visitas realizadas en terreno a las cinco provincias participantes del proyecto EUCU 4463, y de los informes provistos por los niveles nacionales, provinciales y cantonales sugiere re-evaluar los criterios de focalización del Proyecto.
9. En este sentido, una alternativa viable y de aplicación inmediata, contemplaría la transferencia de herramientas diagnósticas de carácter operativo para que los niveles de decisión provincial y cantonal elaboren una propuesta basada en el conocimiento de la realidad local.
10. La provincia dispondría de un cupo asignado de recursos y sería ella, a través de un proceso de gestión descentralizada, la encargada de elaborar un proyecto evaluable en consenso con los diferentes grupos representativos.



11. A modo de ejemplo, el MOSTA (Proyecto de Modernización del Estado) ha elaborado una excelente herramienta basada en el uso de indicadores complejos para la construcción de índices de salud, educación, saneamiento y pobreza. Si bien la propuesta está orientada a combinar dichos índices, tomaremos el caso del índice de salud para la definición de criterios de localización del Proyecto.

Para el estudio se parte de 5 indicadores que se detallan a continuación:

- **Tasa de mortalidad infantil (MORTINF)**, definida como el número de niños que mueren antes de cumplir un año por cada mil nacidos vivos. Este indicador ha sido estimado indirectamente para los cantones y áreas a partir del censo de 1990.
- **Porcentaje de desnutrición crónica entre los menores de 5 años (DESNUT)**. La desnutrición crónica se mide por la deficiencia de talla respecto a la edad. Las estimaciones sobre desnutrición se han tomado de la proyección, realizada por el CONADE mediante modelos de regresión, de la Encuesta DANS de 1986, al censo de 1990.
- **Porcentaje de hogares con saneamiento básico (SANEAB)**. Este indicador se define como el porcentaje de hogares dotados de servicio higiénico conectado al alcantarillado público o a un pozo ciego, respecto al número total de hogares de una localidad. La información ha sido estimada a escala parroquial, a partir del censo de 1990. La variable mencionada capta la cobertura de los requisitos sanitarios mínimos para la disposición de desechos.
- **Porcentaje de viviendas con agua potable dentro de la vivienda (AGUA)**. Este indicador complementa el anterior, captando, con un criterio más estricto, la cobertura de infraestructura sanitaria.
- **Personal equivalente de salud por cada diez mil habitantes (PERSALUD)**. Esta variable se calcula a partir de los números de médicos, de asistentes profesionales de salud, de asistentes no profesionales de salud, y de la población de cada localidad, provenientes del censo de 1990. Esta variable ha sido calculada a escala parroquial.

Estos cinco indicadores han sido agregados a escala cantonal, de acuerdo a la división político administrativa de 1996, conformando la base para la determinación del índice y la tipología de salud.

El Índice de Salud (IS). El índice de salud ha sido obtenido a partir de los indicadores mencionados, empleando la misma metodología que en el caso de educación. El mismo capta el 67% de la varianza de los indicadores de base, y su fórmula es la siguiente:

Al aplicar dicho índice en las 5 provincias seleccionadas por el Proyecto ECU 4463 nos encontramos con la siguiente realidad:

- Todas las provincias presentan índices inferiores en los sectores rurales con relación a los urbanos.
- Las cinco provincias seleccionadas muestran indicadores promedio para áreas rurales de la siguiente magnitud: Azuay (40.3), Cotopaxi (37.8), Chimborazo (35.2), Esmeraldas (41.0), y Manabí (47.8). Existen dos provincias con índices inferiores a 40 y que no forman parte del Proyecto: Cañar (37.4) e Imbabura (39.6).
- En la Provincia de Azuay los tres cantones con menor índice de salud son Sigsig (38.0), Oña (39.4) y Nabón (39.8).
- En la Provincia de Cotopaxi se observan los índices mas bajos se registran en Sigchos (34.9), Pujilí (37.1). Salcedo presenta un índice de 41.7.
- En la Provincia de Chimborazo el índice más bajo se registra en Guamote (29.8) seguido por Colta (33.9). Los dos cantones restantes con índices bajos son Cumandá (37.3) y Pallatanga (39.0).
- En la Provincia de Esmeraldas el menor índice de salud se registra en Eloy Alfaro (37.4). Atacames registra un índice de 43.5.
- En la Provincia de Manabí, todos los cantones registran índices de salud elevados. El más bajo corresponde a Flavio Alfaro (43.2) y el más alto corresponde a Portoviejo y Manta (63.7 y 63.2 respectivamente). Paján presenta un índice de 46.6.



Hoja de Ruta

Fecha	Lugar	Participantes
24/9	Ministerio de Salud Pública Dirección Nacional de Nutrición	Dr. Julio Alvear (Director Nacional de Nutrición) Dr. Ramón Ponce
25/9	Planta Procesadora de Alimentos	Ing. Q. José Puga (Director) Ing. Raúl Ortega (Jefe de Producción, Encargado de Envasado). Jorge Collaguazo (Contador)
25/9	Organización Panamericana de la Salud (OPS)	Dr. Escobar (Representante) Dr. Hugo Noboa (Of. Técnico en Salud Materno Infantil) Dr. Carlos Samayoa (Of. Técnico en Nutrición).
28/9	OPS	Dr. Hugo Noboa
28/9	Dirección Nacional de Nutrición	Dr. Julio Alvear Dr. Ramón Ponce Lic. Ana Cajo (Nutricionista)
28/9	Ministerio de Salud Pública Programa Materno Infantil	Dra. Carmen Laspina Dr. Miguel Hinojosa
28/9	Proyecto MOSTA	Lic. Carlos Larrea
28/9	CONADE	Dr. Marcelo Moreano
28/9	Dirección Nacional de Fomento y Protección de la Salud (MSP)	Dr. Marcelo Aguilar (Director)
28/9	Programa Mundial de Alimentos	Sra. Hannah Laufer (Representante)
29/9	Guayaquil SGS	Angel Navarro Espinoza (Gerente) Sr. Romel Parrales (Jefe de Patio)
	Ecu aestibas	Sra. L. Pinzón de Villacreses (Agente Afianzado de Aduanas)
	Despachante de Aduanas Transportista (SIGABO) Custodia de Contenedores	Sr. Roberto Simons (Gerente) Sr. Carlos Alvarado
30/9	OPS PMA	Dr. Carlos Samayoa Sr. José Peña Herrera (Jefe de Importaciones del MSP) Sr. Angel Ruiz (Area de Importaciones del MSP)
30/9	Proyecto MOSTA	Lic. Carlos Larrea Lic. Diego Peña
30/9	Fundación Maquinta Cusunchic	Padre Graciano Masón (Director) Sr. Mauricio Araujo (Gerente) Sr. Homero Viteri (Vicedirector)
1/10	UNICEF	Miriam Reyes de Figueroa (Representante) Ivan Yerovi (Oficial Asistente de Nutrición)



2/10	Dirección Provincial de Salud Cotopaxi	Enf. Sally Vilema (Subcentro Antonio José Holguin) Enf. Alicia Cruz (Subcentro de Mulliquindil) Dr. Angel Travers (Director del Hospital Cantonal de Salcedo “Yerovi Mackuart”)
5/10	Manabí Dirección Provincial de Salud Paján	Dr. Raúl Melitón García (Director Provincial) Lic. Gastón Molina (Nutricionista) Lic. Teresa Parrales (Enf. a cargo del Subcentro de Cascol) Grupo de madres del Subcentro de Cascol Grupo de madres del Hospital de Paján (Maximina Salvatierra, Yadira Macías, Janete Chavez) Lic. Tania Rogel (Enf. del Area de Paján) Dr. Angel Chango (Jefe del Area de Paján) Dr. Eduardo Cedeño (Director del Hospital Cantonal de Paján). Personal de Estadísticas del Hospital de Paján.
6/10	Paján PMA	Sra. Hannah Laufer
7/10	PMA	Sr. Abraham De Kock (Evaluador del PMA Roma)
8/10	Esmeraldas Atacames Subcentro Sua	Dr. César Holguin (Director Provincial de Salud) Lic. Amarilis Palma (Nutricionista) Dr. Macías (Area Materno Infntatil) Dr. Darío Tello Tello (Jefe del Area 4) Lic. Leonel Morales (Estadístico) Lic. Patricia Torres (Jefa de Enfermería) Dr. José Zabala (Area 3, Río Verde) Dra. Angela Castillo (Médica Rural) Sra. Luisa Estupinian (Auxiliar de Enfermería)
8/10	UNICEF	Sr. Ivan Yerovi Lic. Angela Céspedes (Of. De Programas) Sr. Paulo Sassarao (Consultor en Agua, Saneamiento, Educación Sanitaria y Ambiental).
8/10	Ministerio de Salud Pública Dirección Nacional de Fomento y Protección	Dr. Marcelo Aguilar – Sra. Hannah Laufer
9/10		Feriado
12/10	Azuay	Nabon y Oña
13/10		Informe a las autoridades del MSP y PMA