



LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA (LMGYAI) EN EL ECUADOR

INFORME LACRSS No. 62

JORGE HERMIDA, M.D.

PATRICIO ROMERO, M.Sc.

XIMENA ABARCA DURÁN, M.D., M.P.H.

LUIS VACA, M.D.

MARÍA ELENA ROBALINO, Esp. M.H.S.

LUIS VIEIRA, M.D., M.P.H.

PROYECTO DE GARANTÍA DE CALIDAD

ÍNDICE

LISTA DE CUADROS Y GRÁFICOS	I
AGRADECIMIENTOS	II
RESUMEN EJECUTIVO	III
ABREVIATURAS	V
I. INTRODUCCIÓN	1
II. SITUACIÓN DE SALUD EN EL ECUADOR EN EL CONTEXTO DE LA APROBACIÓN DE LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA	2
III. CONTEXTO Y ACTORES EN EL DISEÑO Y APROBACIÓN DE LA LEY	3
IV. DEFINICIÓN DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS POR LA LMGYAI	5
V. FINANCIAMIENTO DE LA LMGYAI	7
VI. MODELO DE CO-GESTIÓN Y VEEDURÍA DE LA APLICACIÓN DE LA LMGYAI	8
VII. AVANCES DE LA APLICACIÓN DE LA LMGYAI 2001-2003	10
VIII. CONTRIBUCIONES DE LA LEY A LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y SU SIGNIFICADO	14

LISTA DE CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro 1: Prestaciones cubiertas por la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia	6
Gráfico 1: Flujo de fondos asignados a la LMGYAI	9
Gráfico 2: Relaciones entre municipalidades y Comités de Gestión de la LMGYAI	9
Gráfico 3: Recursos financieros de la LMGYAI, 1999-2003	11
Gráfico 4: Transferencias financieras de la LMGYAI a las provincias, 2002	11
Gráfico 5: Número de prestaciones cubiertas por la LMGYAI	12
Gráfico 6: Número de personas que recibieron prestaciones cubiertas por la LMGYAI, 1999-2004	12
Gráfico 7: Número de mujeres que recibieron prestaciones cubiertas por la LMGYAI, 1999-2003	13
Gráfico 8: Número de niños que recibieron prestaciones cubiertas por la LMGYAI 1999-2003	13
Gráfico 9: Volumen de prestaciones provistas según el tipo, 2000-2004	14

AGRADECIMIENTOS

El presente informe fue preparado por el Proyecto de Garantía de la Calidad (QAP) como parte de una investigación operativa apoyada por la Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe (LACRSS) de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. El informe describe el desarrollo, implementación, y los primeros resultados de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, una iniciativa principal de reforma del sector salud en Ecuador diseñada para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de servicios prioritarios de atención de la salud. Un informe subsiguiente, *Expansión e institucionalización de la Mejora Continua de la Calidad en la Ley de Maternidad Gratuita en el Ecuador*, documenta la institucionalización de un mecanismo de garantía de la calidad en establecimientos públicos de atención de la salud que participan en el Programa de Maternidad Gratuita.

QAP es financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo Contrato Número GPH-C-00-02-00004-00. El proyecto colabora con países en desarrollo elegibles para recibir asistencia de USAID, Misiones y Representaciones de USAID, y otras agencias y organizaciones no gubernamentales que cooperan con USAID. QAP ofrece asistencia técnica para el desarrollo de garantía de la calidad en la atención de la salud, ayudando a la creación de enfoques factibles y económicamente asequibles para un cambio integral en la provisión de los servicios de salud. El equipo del proyecto incluye como contratista principal a University Research Co., LLC (URC), Initiatives Inc. y Joint Commission Resources, Inc.

CITA RECOMENDADA

Hermida, J., Romero, P., Abarca, X., Vaca, L., Robalino, M.E., y Vieira, L. 2005. La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) en el Ecuador. Informe LACRSS No. 62. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad.

RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe describe el proceso de diseño, las características principales, y las experiencias preeliminarias en torno a la implementación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) en Ecuador, desde 1997 al 2002.

Entre 1995 y 1999, la población Ecuatoriana sufrió un proceso de empobrecimiento dramático: el número de habitantes pobres aumentó de 3'900.000 en 1995, a 8'600.000 en 1999. Mujeres y niños fueron los más afectados. Esta realidad estimuló la creación y subsiguientes modificaciones de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI), cuya versión inicial fue aprobada por el Congreso Nacional en 1994. Desde la redacción del texto original en 1994, la LMGYAI ha experimentado varios cambios, de los cuales el más importante y extenso fue aprobado en 1998. Las principales características de la LMGYAI que figuran en dicha versión son las que se describen en el presente reporte.

La Ley de Maternidad Gratuita constituye un intento de modificar la atención de la salud materno-infantil entre la población más pobre de Ecuador. La Ley apunta a contribuir a la reducción de la mortalidad materno-infantil, la mejora del acceso de mujeres y niños a una atención de la salud de calidad, y el fortalecimiento de la participación en procesos de toma de decisiones y en el control de la calidad de los servicios. Al garantizar el acceso a la atención gratuita durante el embarazo, el parto, y el nacimiento, así como a los servicios básicos de salud infantil, la LMGYAI implicó un avance significativo hacia el cumplimiento del rol del Estado en la provisión de atención de salud para los grupos más vulnerables del país: mujeres y niños. Al reducir la barrera económica que impide el acceso a la atención de la salud, la LMGYAI estimuló la expansión de la cobertura. La Ley también contribuyó a que concepciones sobre la salud como un derecho ciudadano y sobre la importancia de la calidad de la atención, se incorporen a la provisión de servicios de salud públicos.

El diseño e implementación de la LMGYAI incorporó un número de reformas innovadoras al sistema de salud, que incluyen: separar las funciones de financiamiento/pago de las prestaciones de la provisión de atención; transferencias de fondos para la atención de la salud hacia las municipalidades, con veeduría a cargo de Comités de Gestión Locales a diferencia de una veeduría exclusivamente a cargo del Ministerio de Salud Pública (MSP); creación de Comités de Usuarios/Ciudadanos para monitorear la implementación de la Ley; la creación de un mecanismo interno para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención; y pagos a los establecimientos de salud basados en el volumen y calidad de los servicios producidos.

El diseño de estas reformas se basó en experiencias ecuatorianas e internacionales sobre reforma del sector salud, así como en discusiones lideradas por organizaciones ecuatorianas de mujeres, incluyendo el Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU), la Coordinadora Política de Mujeres, El Foro de las Mujeres y, Mujeres por la Autonomía. Otra característica innovadora de la Ley de Maternidad Gratuita fue el involucrar a los gobiernos locales municipales como co-gestionadores de los servicios de salud.

La Ley creó una Unidad Ejecutora de la LMGYAI, a cargo de recibir los recursos del Fondo de Solidaridad y canalizarlos a los Comités Locales de Gestión de la Salud en diferentes cantones. El Comité Local de Gestión de la Salud no solo recibe los fondos transferidos por la Unidad Ejecutora a nivel central, sino que también recibe recursos adicionales de los gobiernos locales municipales y cualquier otra fuente financiadora local. El rol de los Comités de Gestión es significativo ya que ellos incorporan a los gobiernos locales y representantes de la sociedad civil dentro del proceso de gestión, otorgándoles la habilidad de administrar fondos, lo cual constituyó una prerrogativa del MSP en el pasado. Los Comités de Gestión y los Comités de Usuarios son dos mecanismos importantes que promueven la participación de actores sociales, tales como las organizaciones de mujeres, agrupaciones indígenas, y gobiernos locales, en la

gestión de la atención de la salud. La LMGYAI también podría llevar a una mayor diversificación de proveedores de servicios de salud, incluyendo organizaciones sin fines de lucro y agentes tradicionales de la salud, como parteras, al permitir que los Comités de Gestión realicen contratos con estas entidades para proveer prestaciones cubiertas por la Ley.

Un paso importante en el diseño de la LMGYAI fue la identificación de los servicios de salud que deben ser cubiertos mediante los mecanismos financiadores de la Ley. Los siguientes criterios se utilizaron para determinar estas prestaciones cubiertas por la Ley: a) El perfil epidemiológico del país para mujeres e infancia, enfatizando enfermedades más frecuentes y principales causas de muerte; b) la capacidad de provisión de servicios de atención de la salud por parte de establecimientos del Ministerio de Salud Pública; c) demandas desde los movimientos de mujeres; d) convenios internacionales firmados por el Gobierno de Ecuador; e) el costo de cada prestación cubierta; y f) el monto anual previsto de fondos disponibles mediante la Ley para financiar los servicios. Basados en estos criterios, consultores y técnicos expertos de las instituciones participantes definieron un conjunto de servicios de salud básicos.

El financiamiento de la LMGYAI se hizo posible mediante el Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Humano. El Fondo es una institución financiera y de desarrollo creada en 1996 por el Gobierno de Ecuador con base en las utilidades de sus compañías eléctrica y de telefonía, y en futuras ventas de otras compañías del Estado. Otras fuentes de financiamiento de la Ley fueron: a) recursos del Fondo Nacional para la Nutrición Infantil (FONNIN) creado en 1988 y distribuido en tres Ministerios: Salud, Bienestar Social, y Educación; b) recursos del Instituto Nacional de la Niñez y la Familia (INNFA); y c) gobiernos locales municipales quienes asumirían el costo de transporte de las emergencias obstétricas y pediátricas, y de actividades locales para promover la salud reproductiva.

El presupuesto asignado para la implementación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia se ha incrementado con el tiempo elevándose gradualmente de USD\$ 8'000.000 en 1999, a USD\$ 12'000.000 en el 2002. Para el final del 2003, aproximadamente USD\$ 23'000.000 fueron asignados a la implementación del Programa de Maternidad Gratuita.

El número de individuos quienes recibieron servicios de salud cubiertos por la LMGYAI también ha aumentado de manera constante: en 1999, el número de personas cubiertas fue de 1'600.000, mientras que en el 2002 alcanzó a 2'248.000 mujeres y niños. Las mujeres son las principales beneficiarias de la LMGYAI, constituyendo el 70% de la población a quien sirve el programa.

El Ministerio de Salud Pública ha aplicado la LMGYAI a lo largo de sus establecimientos desde el año 2000. Los mecanismos empleados por esta Ley se han vuelto herramientas de creciente importancia para mejorar la cobertura de la atención y la calidad de los servicios en Ecuador. Entre dichos mecanismos se cuenta la publicación de protocolos clínicos, el cálculo de costos para reembolso por servicios prestados, el pago por reembolso a los establecimientos basado en la producción, la implementación de un sistema de mejora continua de la calidad con herramientas prácticas para medir y mejorar la calidad y el alcance de metas, convenios para la co-gestión con municipalidades, y la organización de comités de usuarios para asegurar la calidad de los servicios.

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia ha tenido un gran impacto en los servicios de salud materno-infantil en Ecuador. Una contribución principal de la LMGYAI ha sido el asegurar la continuidad de servicios de salud esenciales para mujeres y niños, sin que esté sujeta a los cambios de ministros y en la administración política. Más aún, la LMGYAI ha contribuido a la creación de mecanismos efectivos que garanticen el derecho de las mujeres ecuatorianas a la salud reproductiva.

ABREVIATURAS

AIEPI	Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AME	Asociación de Municipalidades del Ecuador
CONAM	Consejo Nacional de Modernización
CONAMU	Consejo Nacional de las Mujeres
CONASA	Consejo Nacional de Salud
DPAIS	Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de la Salud
FNUAP	Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población
FONNIN	Fondo Nacional para la Nutrición Infantil
ICE	Impuesto a los Consumos Especiales
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INNFA	Instituto Nacional del Niño y la Familia
LACRSS	Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe
LMGYAI	Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
MCC	Mejora Continua de la Calidad
MODERSA	Proyecto de Modernización de la Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
ONG	Organización no-gubernamental
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PMGYAI	Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
QAP	Proyecto de Garantía de la Calidad
SMI	Salud Materno-Infantil
SOLCA	Sociedad Ecuatoriana Contra el Cáncer
UEPMGYAI	Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
URC	University Research Co., LLC
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
USD	Dólares de los Estados Unidos

I. INTRODUCCIÓN

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) fue originalmente aprobada por el Congreso Nacional en su primera versión en 1994, pero no empezó a tener un impacto significativo sobre el sistema de salud del país hasta el año 2000, después de que varias reformas fueron aprobadas, las mismas que fortalecieron sus mecanismos de financiamiento e implementación. El modelo y conjunto de servicios garantizados por la LMGYAI, que se entregan a madres y niños a través de las unidades del Ministerio de Salud, se han convertido en una iniciativa importante para el mejoramiento de la cobertura de servicios básicos de salud. Además, a través de las reformas que la LMGYAI incorpora para la cogestión con los municipios, y para la veeduría a la calidad de los servicios, la aplicación de la Ley ha sido una fuerza de empuje para la reforma del sistema de salud en el Ecuador.

La LMGYAI desde su diseño incluyó un énfasis explícito en el aseguramiento de la calidad de los servicios que se garantizan a la población beneficiaria. En consecuencia, el Proyecto de Garantía de Calidad (QAP) identificó la oportunidad para estudiar la introducción de un enfoque sistemático para el mejoramiento continuo de la calidad a escala nacional, como parte de la evolución de la implementación de la Ley.

En el año fiscal 2003 QAP inició la Investigación Operativa “Institucionalización y Expansión de la Mejora Continua de la Calidad en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador”. El estudio tuvo los siguientes objetivos: a) describir y documentar la metodología y el proceso de institucionalización y expansión del mejoramiento de la calidad dentro del “Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia” del Ministerio de Salud Pública del Ecuador; b) explorar las asociaciones entre los resultados del proceso de institucionalización en las áreas de salud y la presencia de elementos favorables para dicho proceso en el contexto organizacional; y c) sintetizar las lecciones aprendidas que puedan ser adaptadas y aplicadas a otras experiencias de institucionalización del mejoramiento de la calidad en países latinoamericanos.

El presente Informe es el primer producto de dicho estudio. El Informe documenta el proceso histórico de construcción y aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, y describe de manera breve las circunstancias y actores institucionales que participaron en la elaboración, discusión y aprobación de la Ley, los componentes y mecanismos principales de la misma, y las experiencias de sus primeros dos años de ejecución. Un informe subsiguiente¹ describe el enfoque -basado en tres etapas- y los métodos utilizados para la expansión e institucionalización de un programa de mejoramiento continuo de la calidad en los hospitales y centros de salud del MSP que proveen servicios cubiertos por el Programa de Maternidad Gratuita.

Este informe fue escrito en base a la revisión documental (políticas, planes y programas, acuerdos, convenios, reglamentos) de las diferentes instituciones involucradas en la LMGYAI, como por ejemplo: el Ministerio de Salud Pública, Consejo Nacional de las Mujeres, el Instituto Nacional del Niño y la Familia, la Asociación de Municipalidades del Ecuador, y el Consejo Nacional de Salud. Se hizo uso extensivo de datos proporcionados por la Unidad Ejecutora de la LMGYAI. Además de la revisión documental, se realizó grupos focales y entrevistas a personas clave, para establecer las lecciones aprendidas.

¹ Expansión e institucionalización de la Mejora Continua de la Calidad en la Ley de Maternidad Gratuita en el Ecuador. Informe LACRSS No. 65. Disponible en <http://www.lachsr.org>.

II. SITUACIÓN DE SALUD EN EL ECUADOR EN EL CONTEXTO DE LA APROBACIÓN DE LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA

Entre 1995 y 1999, la población Ecuatoriana empobreció dramáticamente: el número de personas pobres pasó de 3'900.000 en 1995, a 8'600.000 en 1999. Las mujeres, niñas y niños, fueron los más afectados². Al inicio de la década de los años 90, las tasas de mortalidad materna e infantil eran elevadas. La tasa de mortalidad materna en 1990 fue de 117 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que la tasa de mortalidad infantil en ese mismo año fue de 30 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. A lo largo de la década fueron disminuyendo paulatinamente hasta el punto más bajo en 1998, año en el que se registró 53 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos y 19 niños fallecidos por 1000 nacidos vivos³. La tasa de mortalidad materna se incrementó en los años siguientes; los últimos datos oficiales disponibles señalan 81 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos³. Sin embargo, estos datos deben ser tomados con precaución debido a que los sistemas de información son deficientes y no registran adecuadamente los acontecimientos vitales, ocasionando un subregistro de las muertes maternas⁴.

Las principales causas de muerte materna no han cambiado en la última década, siendo las más frecuentes los trastornos hipertensivos del embarazo (40%), las hemorragias (22%) y las complicaciones del aborto (5%). Las principales causas de muerte infantil fueron las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias, anomalías congénitas, y la desnutrición³.

Las tasas de fecundidad para 1994-1999 registraron un promedio de 3,3 hijos por mujer en edad fértil; esta tasa disminuyó con relación a los años anteriores. En el área rural se mantiene alta (4,3 hijos) con relación a la zona urbana (2,8 hijos)⁵. De igual manera la tasa global de fecundidad fue mayor en mujeres sin ningún grado de instrucción educacional (5,6 hijos) con respecto a las que tenían instrucción secundaria (2,9 hijos). El porcentaje de embarazos en adolescentes (15 a 19 años de edad) ha aumentado; para el año de 1994 se reportó el 7,9% de embarazos en adolescentes, y 9,8% para 1998⁶.

La prevalencia del uso de métodos anticonceptivos para el año 1994 fue de 51,1% en mujeres en edad fértil casadas o unidas. Según el lugar de residencia se observó que el 66% de las mujeres que viven en zonas urbanas usan algún tipo de método anticonceptivo; esta cifra es de 44,4% para las que viven en zonas rurales⁵.

Las coberturas de atención prenatal alcanzadas por establecimientos del MSP entre 1994 y 1999 fueron de 47,0% y 55,5% respectivamente, con un promedio de 5,5 controles prenatales durante el embarazo⁵. La atención del parto en establecimientos del MSP durante el año 1999 fue de 34,4%⁵. El 49,3% de los partos ocurridos en la zona rural no recibieron atención de personal calificado⁵. El 73% de las mujeres indígenas no accedieron a una atención institucionalizada del parto⁷. En el año 1994 la cobertura de atención post-parto alcanzó el 43,2% en la zona urbana y el 23,2% en la zona rural⁵.

² Informe de UNICEF al Honorable Congreso Nacional de Ecuador. 2000.

³ INEC. Anuarios de Estadísticas Vitales. UEPMGYAI – MSP ECUADOR 2003.

⁴ Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador. 2003 Versión 3,5.

⁵ CEPAR. Informe General ENDEMAIN 1999.

⁶ INEC. Encuesta de Condiciones de Vida. 1994-1998.

⁷ Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador. Retrato de mujeres. 1998.

Si bien la tasa de mortalidad neonatal disminuyó de 22 por cada 1000 nacidos vivos en 1994 a 19 por cada 1000 nacidos vivos en 1999, al realizar una comparación con el lugar de residencia de la madre se pudo observar que en el área urbana se produjeron 19 muertes neonatales y en el área rural 24 por cada 1000 nacidos vivos. El bajo peso al nacer es un indicador indirecto de la situación de la madre durante el embarazo, y está asociado al 80% de las causas de muertes en niños recién nacidos en América Latina⁸. En el Ecuador, durante el año 1994 se registró el 18,8% de nacimientos con peso bajo, situación que no varió para el año de 1999 que fue de 18%⁹. Los niños que sobreviven sufren más casos de enfermedades, retraso del desarrollo, y mayores posibilidades de estar desnutridos.

En el Ecuador los proveedores de servicios de salud tanto públicos como privados cubren solo al 75% de la población con atenciones generales. El MSP cubre al 30%; el IESS al 20%; las Fuerzas Armadas al 3%; la Junta de Beneficencia, la Sociedad Ecuatoriana contra el Cáncer (SOLCA) y otras organizaciones no gubernamentales al 7% de la población, y los prestadores privados al 15%, quedando el 25% de la población ecuatoriana sin cobertura¹⁰.

La fragmentación institucional del sector salud en el Ecuador constituye uno de los problemas estructurales que afectan su funcionamiento. Cada institución tiene sus políticas propias, sus fuentes de financiamiento propias, sus programas y servicios propios, lo que ha dado lugar a frecuentes duplicaciones de actividades con bajo impacto en la población, además de la falta de coordinación y desperdicio de recursos¹¹.

Algunos de los principales problemas identificados en los servicios de salud son: inadecuado acceso a los servicios, inequitativa distribución de recursos, e inadecuada calidad de atención. A esto se suma que 9 de cada 10 médicos se encuentran trabajando en zonas urbanas¹¹.

III. CONTEXTO Y ACTORES EN EL DISEÑO Y APROBACIÓN DE LA LEY

El contexto nacional e internacional en el cual se produce y se aprueba la LMGYAI se caracterizó por dos elementos importantes: el primero se refiere al desarrollo de movimientos sociales para mejorar las condiciones de vida de las mujeres, y el segundo, a las iniciativas hacia la reforma del Sector Salud.

Los avances internacionales en los 90's de los movimientos a favor de las mujeres y, en especial, las Reuniones Internacionales de El Cairo y Beijing, tuvieron efectos importantes a favor del desarrollo de los movimientos de mujeres y sus propuestas reivindicativas en Ecuador. Esto se evidenció, por ejemplo, en la aprobación de la Ley contra la Violencia Intrafamiliar en 1994, el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades en 1997, la creación del Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU) en 1997, las Reformas Constitucionales de 1998, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en 1998, y la Ley de Cuotas para la Participación Política de las Mujeres en 1999.

En cuanto a las reformas al sector salud, en 1994 el Consejo Nacional de Modernización (CONAM) planteó una propuesta de Reforma con fuerte participación de las aseguradoras privadas, la misma que no progresó por la negativa de la población, en una Consulta Popular,

8 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 1998.

9 CEPAR. Informe General ENDEMAIN 1999.

10 MSP. Modernización de los Servicios de Salud. 1998.

11 MSP. Plan Nacional de Salud 2000-2005.

a la privatización del Seguro Social. En 1996, el Consejo Nacional de Salud (CONASA) elaboró una nueva propuesta en la cual el Ministerio de Salud asumiría el rol rector de un Sistema Nacional de Salud multi-institucional. Esta propuesta tampoco se materializó, a pesar de que el Congreso Nacional aprobó una nueva Ley Nacional de Salud. Es probable que uno de los principales factores para la falta de concreción de un proceso de Reforma en Salud haya sido la extrema inestabilidad política en Ecuador, que ha llevado a la sucesión de Gobiernos y Ministros de Salud en cortos períodos de tiempo. Ante las dificultades para concretar estas Reformas, algunas instituciones nacionales, identificaron a la LMGYAI como el proyecto con mayor probabilidad para ser aprobado y aplicado. En este contexto, la aprobación y puesta en vigencia de la LMGYAI, representa uno de los pocos procesos que han logrado de manera efectiva introducir Reformas importantes en el Sector Salud en Ecuador.

El Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU), fue el principal actor en el proceso de diseño y aprobación de la LMGYAI, apoyado de manera importante por la Comisión de Salud y Medio Ambiente del Congreso Nacional y la Organización Panamericana de la Salud. Luego se sumaron el Ministerio de Salud Pública y el Consejo Nacional de Salud. El Proyecto de Modernización de la Salud (MODERSA), financiado por el Banco Mundial, y la organización no gubernamental CEPAR, brindaron asistencia técnica.

Las instituciones participantes actuaron en dos niveles. Un nivel político, responsable de desarrollar las alianzas necesarias, legitimar y facilitar el proceso de aprobación de la Ley; y un nivel técnico, encargado de desarrollar y proponer elementos específicos relacionados a la Ley tales como: mecanismos de financiamiento, modelo de gestión, modelo de atención, servicios de salud cubiertos, rol de los gobiernos locales, rol de las organizaciones de usuarias, entre otros aspectos. El grupo político estuvo integrado por la Directora del CONAMU, el Presidente de la Comisión de Salud del Congreso Nacional, el representante de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Ministro de Salud, y el Director Ejecutivo del Proyecto MODERSA. El grupo técnico estuvo integrado por los responsables técnicos en las áreas de salud y/o de reforma de las instituciones señaladas, a las que se añadió el CEPAR. El comité técnico se convirtió en el conductor del desarrollo de la propuesta, debió negociar con las autoridades de cada institución y, a su vez, conducir al equipo de consultores que hacían los estudios necesarios.

El asesoramiento de la OPS/OMS fue clave en este proceso. Recomendó el asesoramiento de Xavier Torres Goitia, ex-Ministro de Salud de Bolivia, en donde un proceso de reformas del Estado había recientemente incluido el desarrollo de un Seguro Básico de Salud y la Ley de Descentralización y Participación. El aporte principal del CONAMU, fue plantear los derechos a la salud de las mujeres, niñas y niños como una responsabilidad del Estado. El CONAMU planteó que la financiación de la atención de salud debe ser una política de Estado permanente, cambiando la situación de inestabilidad y arbitrariedad de la designación de fondos públicos para enfrentar el problema multicausal de la mortalidad materna e infantil. Para el CONAMU, el eje fundamental era la salud sexual y reproductiva de las mujeres, asumiendo que la autonomía del cuerpo es fundamental para su empoderamiento, y esto debía reflejarse en tasas de mortalidad materna más bajas y mayor cobertura de la planificación familiar. Con estos lineamientos, consultores de la Comisión de Salud del Congreso Nacional se encargaron de identificar las prestaciones de salud a ser cubiertas por la Ley. Por su parte, consultores de CONAMU y CEPAR realizaron los estudios de costos, mientras que un consultor de MODERSA identificó las posibles fuentes de financiamiento.

IV. DEFINICIÓN DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS POR LA LMGYAI

Uno de los aspectos operativos más importantes fue la identificación de las prestaciones que deberían ser cubiertas financieramente a través de los mecanismos de la Ley. El problema central consistía en encontrar el balance más adecuado entre las necesidades de atención de la población a ser beneficiada, y el monto disponible del financiamiento de la Ley, que establece límites a lo que puede ser financiado y obliga a establecer prioridades.

Para la definición de las prestaciones a ser cubiertas por la Ley se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

- El perfil epidemiológico de las mujeres, niñas y niños del país, enfatizando las enfermedades más frecuentes y las principales causas de muerte.
- La capacidad resolutoria de los servicios de salud del MSP
- Las demandas del movimiento de mujeres
- Los compromisos internacionales adquiridos por el Ecuador
- El costo de cada una de las prestaciones
- Los volúmenes financieros anuales disponibles previstos en la Ley

Basándose en estos criterios, un grupo de Consultores y técnicos de las instituciones que participaron en el desarrollo de la Ley definieron un conjunto de prestaciones básicas. Dos años después estas prestaciones fueron incrementadas en razón de las necesidades de la población beneficiaria en el país.

En el Cuadro 1 se presenta la lista de las prestaciones, agrupadas según se trate de "Prestaciones a mujeres" o "Prestaciones a niños menores de cinco años". Las prestaciones resaltadas en gris, son las que se añadieron a finales del año 2002.

La atención de las complicaciones versus las emergencias obstétricas como una prestación a ser financiada por la Ley fue un tema sujeto a debate. Los técnicos del Ministerio de Salud argumentaron que la Ley debía financiar la atención de todas las complicaciones obstétricas y no solo las emergencias. Sin embargo, los cálculos económicos indicaban que si se financiaban todas las complicaciones, la mayoría de los fondos disponibles en la Ley serían utilizados por los hospitales (segundo y tercer nivel de atención), para cubrir solo el 3% de los problemas de salud maternos. Esto se debe al alto costo relativo de la atención a las complicaciones obstétricas, en comparación a otras atenciones de salud materna.

Luego de mucha discusión, se consideró que la Ley debe tener una orientación prioritaria hacia la atención primaria de salud y las intervenciones de mayor costo-efectividad como estrategia de salud pública. Con este criterio como guía, se definió que la Ley financiaría prioritariamente las emergencias obstétricas y pediátricas. En cuanto a las complicaciones que no tienen un carácter de emergencia, se financiarían aquellas que ocupan los diez primeros lugares en el perfil epidemiológico de la salud materna de la población ecuatoriana.

La inclusión del diagnóstico y tratamiento de personas con VIH-SIDA como una prestación financiada por la Ley fue también objeto de debate. Finalmente, la Ley estableció que se financiará el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, excepto el VIH-SIDA. La razón principal para esta decisión fue el criterio de que el alto costo del diagnóstico y tratamiento del VIH-SIDA consumiría una proporción alta del presupuesto disponible en la Ley, quedando pocos recursos para las prestaciones restantes.

CUADRO 1: PRESTACIONES DE LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA¹²

PRESTACIONES A MUJERES	PRESTACIONES A MENORES DE 5 AÑOS
Control Prenatal	Atención a niñas y niños recién nacidas /os
Primer control	Atención al recién nacido/a normal
Controles Subsiguientes	Detección y tratamiento del hipotiroidismo congénito
Atención odontológica	Detección y tratamiento de enfermedades en recién nacidos
Detección de VIH/SIDA	Cuidados intensivos
Detección de anomalías congénitas	Cuidados intermedios
Captación temprana de embarazadas por agente comunitario	Atención de menores de 5 años con estrategia de la Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)
Referencia temprana de embarazos de riesgo	Atención de menores de 1 año
Parto	Atención de niños de 1-5 años
Parto normal	Atención odontológica
Cesárea	Detección y tratamiento del maltrato infantil
Referencia oportuna de parto /cesárea por agente de salud comunitaria	Complicaciones hospitalarias
Emergencias Obstétricas	Captación y referencia de niñas/os menores de 5 años a través de AIEPI comunitario por agente comunitario
Preeclampsia, eclampsia	Dotación de sangre y hemoderivados
Hemorragia de la primera mitad del embarazo	
Hemorragia de la segunda mitad del embarazo	
Hemorragia del parto y puerperio	
Sepsis	
Postparto	
Control post parto	
Referencia del post parto y niño menor de 7 días	
Captación y referencia de mujeres con hemorragia y complicaciones del post parto.	
Planificación familiar y salud sexual	
Consejería y prevención	
Detección y tratamiento de casos de violencia intrafamiliar a mujeres, incluido peritaje médico legal	
Esterilización tubárica bilateral	
Vasectomía	
DOC 34 a 64 años	
Detección oportuna de cáncer mamario a mujeres entre 34 a 64 años	
Enfermedades de transmisión sexual	
Sífilis	
Gonorrea	
Herpes vaginal	
Papiloma Virus (HPV)	
Leucorreas	
Dotación de sangre y hemoderivados	

En cuanto a las prestaciones a niñas y niños, se excluyeron las vacunas de la cobertura de la Ley, ya que meses antes de ser aprobada la LMGYAI se aprobó una Ley específica de Vacunas, para la cual se asignó un presupuesto especial. En base al perfil epidemiológico, se determinó que el tratamiento de las enfermedades más comunes de la infancia contempladas en la estrategia AIEPI sean el eje de las prestaciones para los y las menores de cinco años.

¹² Unidad Ejecutora del PMGYAI

En el año 2002, luego de tres años de haberse establecido un diálogo entre los expertos de diferentes áreas y de negociaciones entre las diferentes instituciones como: CONAMU, MSP, Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA), y la Asociación de Municipalidades del Ecuador (AME), finalmente el Congreso Nacional aprobó el Reglamento de la Ley. Este instrumento permitió especificar más detalladamente las prestaciones financiadas por la Ley, las funciones de cada una de las instituciones participantes, y los mecanismos de asignación de fondos a los Comités de Gestión relacionados con los municipios.

V. FINANCIAMIENTO DE LA LMGYAI

Durante la década de los 90, la inversión pública total en salud, cuyo principal actor es el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, fue del orden de USD\$ 16,00 – 39,00 per cápita, o 1,5-2,6% del PIB¹³. Desde otro ángulo, por ejemplo, para 1996, el sector salud del Ecuador recibió el 2,8% del Presupuesto General del Estado, de lo cual el 85% se ocupó en el pago de salarios¹⁴.

Además de estos recursos estatales, las agencias de cooperación internacional bilateral o multilateral, tales como USAID, el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP), UNICEF y OPS/OMS, realizaron inversiones importantes para la reducción de la muerte materna e infantil. Los proyectos del sector de la salud pública financiados con préstamos del Banco Mundial, que manejaron volúmenes de alrededor de doscientos millones de dólares, declararon entre sus objetivos principales el de disminuir la mortalidad materna e infantil. Finalmente dedicaron la mayor parte de los recursos a los hospitales y las Unidades ambulatorias de salud, sea para su ampliación o mejoramiento general, pero no orientaron dichos recursos de manera principal o específica a los factores que inciden en disminuir la mortalidad materna e infantil.

Cuando el Congreso Nacional aprobó la primera versión de la LMGYAI en 1994, estableció como fuente de su financiamiento el 3% del Impuesto a los Consumos Especiales (ICE). Durante esa década, dicho valor ascendía aproximadamente a US\$ 2'000.000 por año.

En 1998 se identificó la necesidad de ampliar esta fuente de financiamiento, cuando se presentó la reforma más importante de la LMGYAI. Consultores técnicos recomendaron mantener el financiamiento del ICE y ampliarlo con los siguientes recursos:

1. Aproximadamente US\$ 15'.000.000 anuales provenientes del Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Humano. Dicho Fondo es una institución financiera y de desarrollo del Estado Ecuatoriano, creada en 1996 en base a las utilidades de las empresas eléctricas y telefónicas del Estado y las futuras ventas de empresas estatales. Entre los objetivos del Fondo de Solidaridad consta el financiamiento de programas de salud preventiva, curativa y de rehabilitación, y de manera específica la Maternidad Gratuita y la nutrición infantil¹⁵.
2. El Fondo Nacional para la Nutrición Infantil (FONNIN), creado en el año 1988, que se reparte entre tres ministerios: Salud, Bienestar Social y Educación. Su monto asignado a Salud asciende a USD\$ 3'000.000 aproximadamente. El análisis de la aplicación de estos recursos extra-presupuestarios durante una década (1988 -1998), evidenciaron su uso sin que hayan estado sometidos a la rigurosidad del manejo de los fondos regulares del

¹³ Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador, 1999-2003.

¹⁴ Biblioteca Virtual en Salud, Equidad y Desarrollo del Ecuador. www.opsecu.org/bevestre/legisla.htm

¹⁵ Fondo de Solidaridad. Ecuador www.fondodesolidaridad.gov.ec

presupuesto nacional. Antes de que pasen a ser una fuente de financiamiento de la LMGYAI se usaban según las necesidades coyunturales de las autoridades de los ministerios del ramo, bajo la justificación de que estos fondos ayudaban a solventar deficiencias presupuestarias y contrataciones de personal técnico y administrativo.

3. Se dejaron abiertas otras posibles fuentes adicionales de financiamiento, de acuerdo al desarrollo de la aplicación de la Ley como, por ejemplo, los recursos que el Instituto del Niño y la Familia (INNFA) quiera destinar para la reducción de la muerte materna. Se señaló además que los recursos de las agencias de cooperación internacional serán dedicados preferentemente a apoyar la aplicación de la Ley, y que los gobiernos locales podrían canalizar dichos fondos con este fin.
4. Se estableció además que los gobiernos locales municipales deberán financiar las actividades para la promoción de la salud sexual y reproductiva entre las poblaciones asignadas a sus áreas geográficas de influencia, además de pagar el costo del transporte de las emergencias obstétricas y pediátricas.

Tomando en cuenta todas las fuentes de financiamiento mencionadas, se calculó que podría contarse con cerca de USD \$20 a 25 millones de dólares anuales para la aplicación de la Ley. El grupo técnico que diseñó la LMGYAI propuso que estos fondos sean dedicados exclusivamente para financiar los gastos de las Unidades de Salud en medicamentos, insumos, exámenes de laboratorio, micronutrientes, sangre y hemoderivados, que se requieran utilizar para la atención a la población con las prestaciones especificadas en la Ley. El presupuesto general del Ministerio de Salud, que es asignado cada año por el Estado, continuaría financiando los sueldos del personal, equipamiento de las Unidades, alimentación del personal y pacientes, instrumental e instalaciones.

VI. MODELO DE CO-GESTIÓN Y VEEDURÍA DE LA APLICACIÓN DE LA LMGYAI

ROL DE LOS GOBIERNOS LOCALES MUNICIPALES

Una innovación importante de la LMGYAI fue un nuevo modelo de co-gestión de los recursos financieros asignados por el gobierno central (Fondo de Solidaridad) y los que provengan de los gobiernos locales municipales. La gestión tradicional, que todavía se mantiene para los sueldos y otros gastos no cubiertos por la LMGYAI, consiste en que el Congreso Nacional aprueba cada año el presupuesto general del Estado; el Ministerio de Finanzas entrega los recursos al Ministerio de Salud, y éste los entrega a las Direcciones provinciales y Áreas de Salud. Toda la gestión se realiza dentro de los niveles institucionales del Ministerio de Salud. El modelo de co-gestión introducido por la LMGYAI crea la Unidad Ejecutora de la LMGYAI, que es la encargada de recibir los recursos y canalizarlos hacia los Comités Locales de Gestión de Salud, en los cantones, como se muestra en el Gráfico 1.

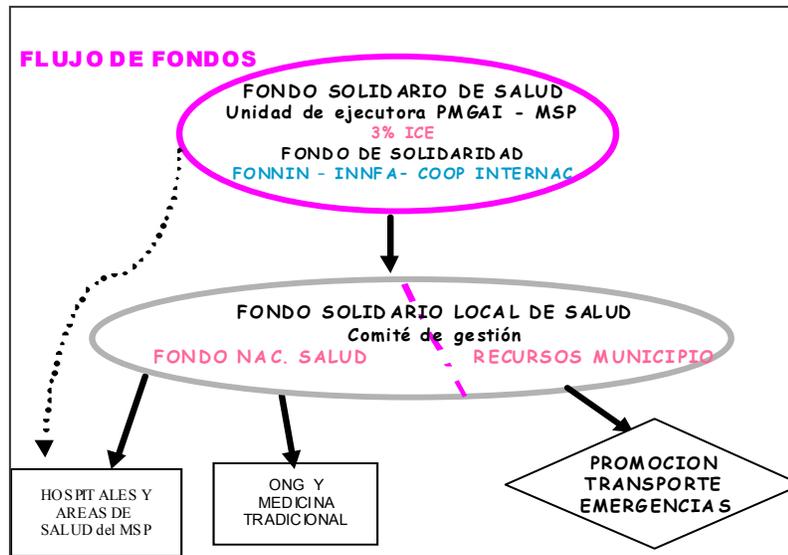
El Fondo Solidario Local de Salud está constituido no solamente por los recursos transferidos desde el nivel central, sino además por recursos que sean aportados por los Gobiernos municipales, y cualquier otra posible fuente local de financiamiento.

El rol de los Comités Locales de Salud es importante porque introduce al Gobierno local y a representantes de la sociedad civil como actores del proceso de gestión, con capacidad de administración de los fondos, lo cual anteriormente era una facultad exclusiva del Ministerio. El Gráfico 2 señala la integración del Comité de Gestión de los Fondos Locales.

Los Comités Locales de Gestión de la Salud, asignan fondos a las unidades ejecutoras, administrativas, y financieras del sistema de salud del MSP, hospitales y áreas de salud, que ejecutan el gasto. Las asignaciones son reembolsos que se basan en el número y tipo de

prestaciones ejecutadas por las unidades de salud del cantón, en el transcurso de un mes. Para todos los procedimientos administrativos, el Comité de Gestión, y en particular el Alcalde, utilizan los instrumentos del Manual Técnico-Administrativo y Financiero para la aplicación de la Ley, los mismos que fijan los montos por cada prestación y los procedimientos de evaluación de coberturas y estándares de calidad. Este mecanismo establece una diferenciación entre la función de financiación-pago, y la función de ejecución de los servicios de salud. De esta manera se crea un mecanismo de control y exigibilidad o rendición de cuentas, con la participación del Alcalde y de representantes de la sociedad civil.

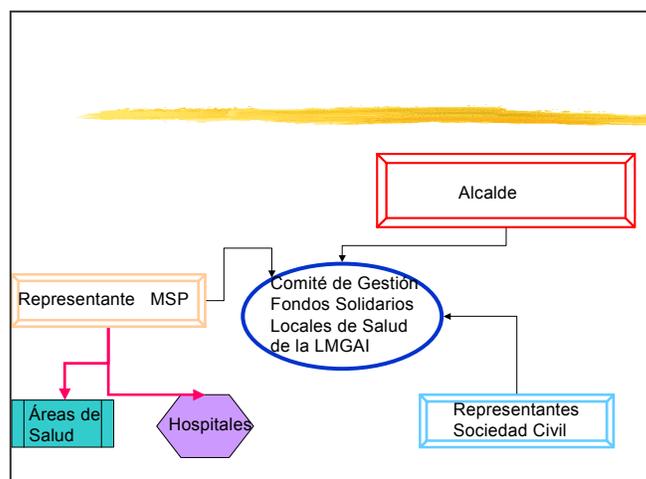
GRÁFICO 1: FLUJO DE FONDOS ASIGNADOS A LA LMGYAI



Fuente: Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Nota: la flecha punteada es el flujo provisional hasta el pleno funcionamiento de los Comités de Gestión.

GRÁFICO 2: RELACIONES ENTRE MUNICIPALIDADES Y COMITÉS LOCALES DE GESTIÓN DE LA LMGYAI



Fuente : Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL MODELO DE CO-GESTIÓN

La LMYGAI creó dos importantes mecanismos para la participación de actores sociales como los gobiernos locales, las organizaciones de mujeres, y las agrupaciones indígenas. Aunque tradicionalmente estos actores han sido excluidos del proceso de gestión de la salud, su participación es de importancia clave en la gestión de la salud materno-infantil y para el éxito de la LMGYAI. Estos mecanismos son:

Los Comités Locales de Gestión, que administran los fondos de la Ley (Fondo Solidario Local de Salud). Están integrados por el Alcalde, el Jefe de Área de Salud, un representante de las organizaciones comunitarias, un representante de las organizaciones de mujeres y, en los municipios cuya población fuese rural en más de un 50%, se añade un/a representante de las organizaciones campesinas o indígenas. A más de administrar el Fondo Solidario Local, las funciones del Comité Local de Gestión en Salud incluyen fortalecer el rol del gobierno municipal en la gestión de la salud mediante la identificación de prioridades sanitarias, la incorporación de la perspectiva ciudadana en la gestión sanitaria, el apoyo en la identificación de recursos, la evaluación de la situación de salud, entre otros.

Los Comités de Usuarios/as, son organizaciones de usuarias/os de servicios de salud; tienen la función de emitir informes de satisfacción de la calidad de los mismos, promover la coparticipación ciudadana y de la familia en el cuidado de la salud, y coordinar con las Unidades de Salud para el mejoramiento de la calidad de la atención. El concepto de Comités de Usuarios/as se originó en el trabajo desarrollado durante 10 años por el Ministerio de Salud, el Proyecto de Garantía de Calidad (Quality Assurance Project, QAP) de la USAID, y la OPS/OMS en Ecuador. En el trabajo de Mejora Continua de la Calidad, uno de los ejes principales que se desarrolló es la orientación hacia la satisfacción del usuario/a, lo cual incluyó el desarrollo de mecanismos para que las Unidades de Salud pudieran medirla y mejorarla. La creación de los Comités de Usuarías en la LMGYAI fortalece el trabajo de las Unidades de Salud y, a través de la participación ciudadana, permite articular la perspectiva del usuario/a desde su propia voz independiente de los servicios.

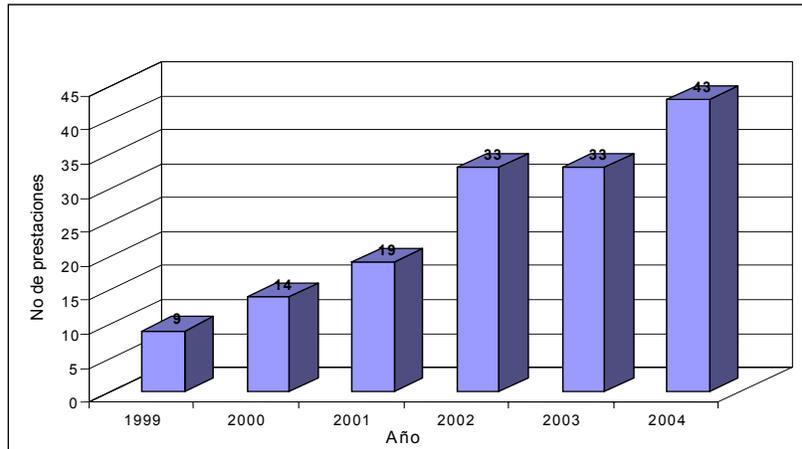
VII. AVANCES DE LA APLICACIÓN DE LA LMGYAI 2001-2003

FINANCIAMIENTO

El presupuesto asignado al Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia se ha incrementado en el transcurso del tiempo: de USD \$ 8 millones en el año 1999 a USD \$ 12 millones en 2002, hasta llegar a USD \$ 20 millones en el 2003.

El incremento del presupuesto se ha dado por los resultados que se han alcanzado, y por la predisposición desde diversos niveles del Estado y sociedad civil de hacer cumplir lo que la Ley contempla. La Primera Dama de la Nación, Diputadas de la Comisión de la Mujer, el CONAMU, y el movimiento de mujeres, se han involucrado y han vigilado de cerca para que los organismos financieros cumplan los compromisos adquiridos. El Gráfico 3 muestra la evolución del financiamiento desde 1999 hasta el 2003.

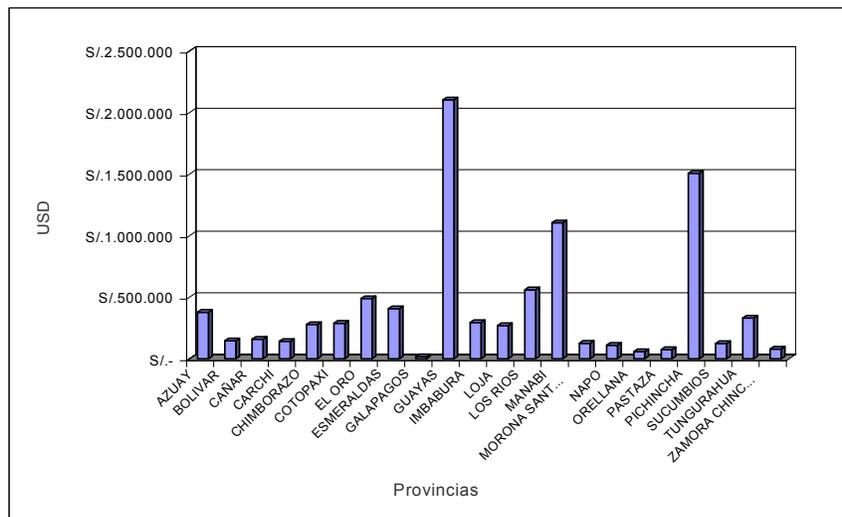
GRÁFICO 3: RECURSOS FINANCIEROS DE LA LMGYAI, 1999-2003



Fuente: Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

En el Gráfico 4 se presenta la distribución anual de los recursos por cada provincia, en donde se puede observar que las provincias beneficiadas con más recursos económicos son las provincias con mayor número de población: Guayas, Pichincha y Manabí.

GRÁFICO 4: TRANSFERENCIAS FINANCIERAS DE LA LMGYAI A LAS PROVINCIAS, 2002

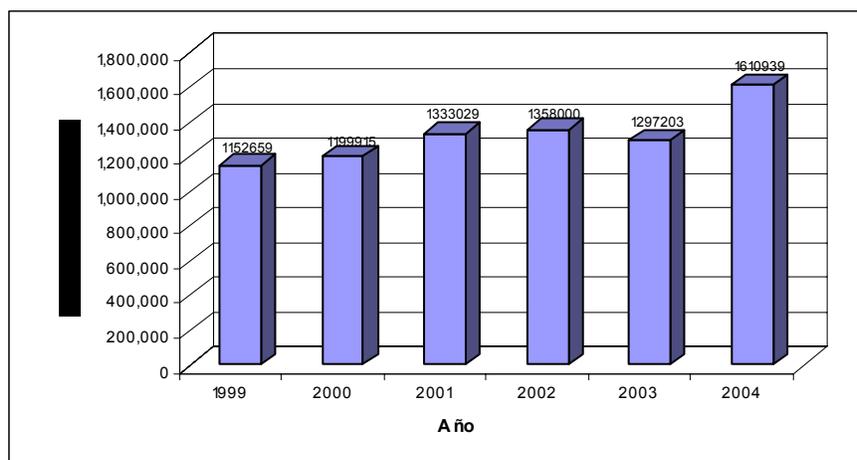


Fuente: Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia 2003.

PRESTACIONES CUBIERTAS CON FONDOS DE LA LMGYAI

La Ley de MGYAI empezó cubriendo nueve prestaciones en el año 1999. Como se muestra en el Gráfico 5, para el 2003 el número de prestaciones se incrementó a cuarenta y dos. (El detalle sobre prestaciones a madres y a niños, puede verse en el Cuadro 1 en la página 6.) El incremento del número de prestaciones se realizó tomando como base las disposiciones que constan en el Reglamento de la Ley, las nuevas necesidades de la población ecuatoriana, y el consenso entre las instituciones del Comité de Apoyo y Seguimiento para la aplicación de la LMGYAI.

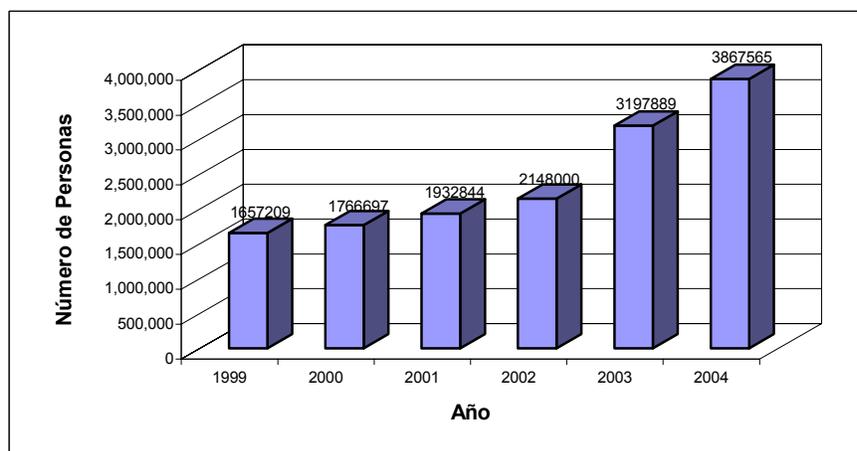
GRÁFICO 5: NÚMERO DE PRESTACIONES CUBIERTAS POR LA LMGYAI



Fuente: Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

El número de personas atendidas con las prestaciones cubiertas por la LMGYAI se ha incrementado continuamente en los últimos cuatro años, como se puede observar en el Gráfico 6. En 1999 este número fue de 1'600.000 personas atendidas, mientras que para el año 2002 llegó a 2'248.000 madres y niños.

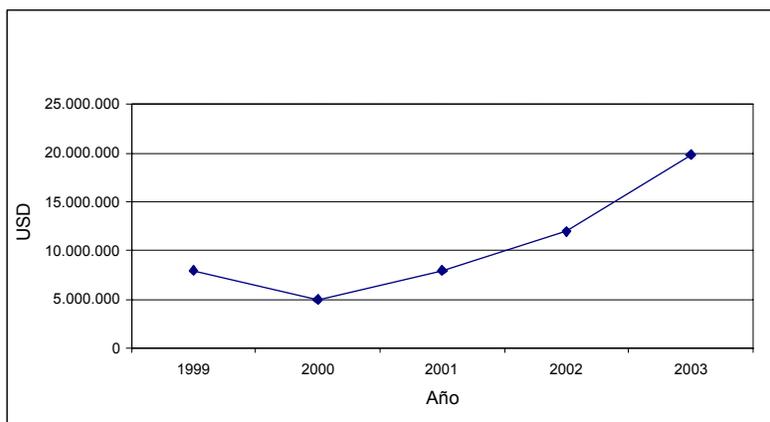
GRÁFICO 6: NÚMERO DE PERSONAS QUE RECIBIERON PRESTACIONES CUBIERTAS POR LA LMGYAI, 1999-2004



Fuente: Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

Las mujeres son las principales beneficiarias de la LMGYAI. El número de mujeres atendidas dentro del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia durante los años 1999-2002 se presenta en el Gráfico 7.

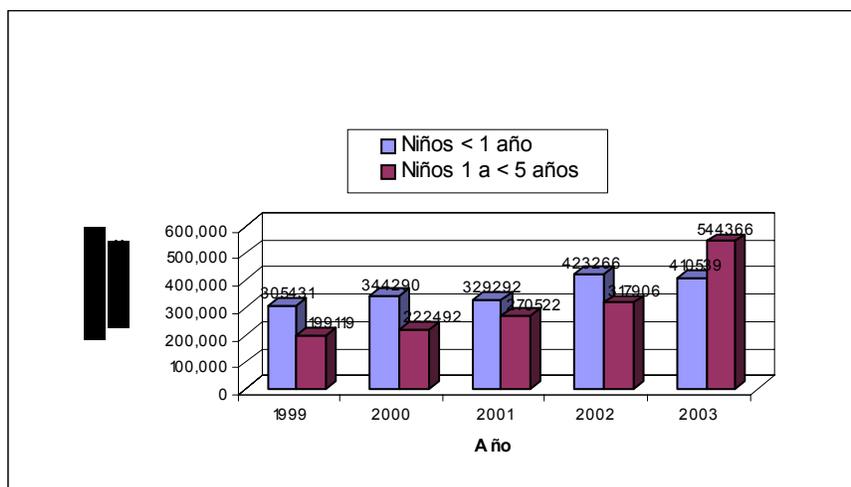
GRÁFICO 7: NÚMERO DE MUJERES QUE RECIBIERON PRESTACIONES CUBIERTAS POR LA LMGYAI, 1999- 2003



Fuente: Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

El número de niñas y niños atendidas/os también se ha incrementado durante estos años, llegando a 954.000 niñas/os en el año 2003, como se muestra en el Gráfico 8. La mayoría de estas prestaciones implicaron atenciones con la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

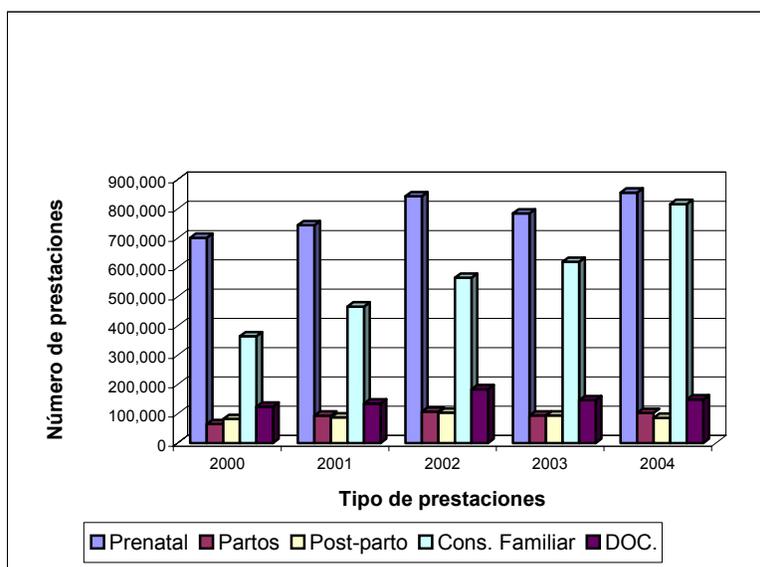
GRÁFICO 8: NÚMERO DE NIÑOS QUE RECIBIERON PRESTACIONES CUBIERTAS POR LA LMGYAI, 1999- 2003



Fuente: Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

Como se podría esperar a raíz del incremento en el número de beneficiarios de la LMGYAI, se incrementó también el número de atenciones en el control prenatal, postparto, planificación familiar, detección oportuna del cáncer cérvico-uterino, y atención a menores de cinco años. A continuación se presenta el Gráfico 9 que permite comparar la evolución de algunas de las prestaciones de atención desde 1999 hasta el año 2002. Las nuevas prestaciones como detección de VIH-SIDA no constan porque el sistema de información tradicional no registra esta actividad.

GRÁFICO 9: VOLUMEN DE PRESTACIONES PROVISTAS SEGÚN EL TIPO, 2000 - 2004



Fuente: (2003-2004) Producción de servicios de salud reportado a la UEPMGYAI

VIII. CONTRIBUCIONES DE LA LEY A LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y SU SIGNIFICADO

La LMGYAI constituye un esfuerzo a gran escala para modificar las condiciones de la atención a la salud materno-infantil de la población más necesitada del Ecuador. Su objetivo es contribuir a disminuir la mortalidad materna e infantil, mejorar el acceso de las mujeres y los niños a una atención de calidad, y fortalecer la participación de la sociedad en la toma de decisiones y el control social sobre la calidad de los servicios. Para lograr estos propósitos, la LMGYAI introdujo algunas reformas específicas en el modelo de gestión de la atención, orientadas a incrementar la efectividad, cobertura, eficiencia y calidad de los servicios materno-infantiles. Entre estas reformas discutiremos brevemente a continuación: a) el aseguramiento de un financiamiento estable a un paquete básico de servicios, no sujeto a los vaivenes de la aprobación política del presupuesto del Estado; b) el pago a través de reembolso por servicios efectivamente producidos por las Unidades; c) la creación de la Unidad Ejecutora y los Comités Locales de Gestión de Salud, como mecanismos para el pago de servicios, independientes de la función de prestación de los mismos; d) la diversificación de los proveedores de servicios, incluyendo además del MSP a las instituciones sin fines de lucro y a los proveedores de medicina tradicional, entre ellos, a las parteras tradicionales; e) la integración de los gobiernos locales municipales y las organizaciones comunitarias dentro de la gestión local de salud; f) la creación de un rol activo de veeduría y apoyo a la calidad de la atención, por parte de los Comités de Usuarias; g) la incorporación de la Mejora Continua de la Calidad y sus mecanismos operativos en la provisión de servicios de salud como un objetivo explícito.

Una de las principales contribuciones de la LMGYAI, es haber dado continuidad a las políticas públicas de salud en favor de las mujeres, niñas y niños. En su carácter de Ley, se convirtió en una política de Estado que rebasa los cambios muy frecuentes de gobierno y de ministros. Otro de los elementos importantes con que ha contribuido la Ley es que ha permitido pasar de las meras declaraciones de derechos a la salud sexual y reproductiva, a contar con mecanismos efectivos para el ejercicio real y goce de esos derechos. A continuación se presenta una breve discusión de cada una de estas reformas.

FINANCIAMIENTO ESTABLE A UN PAQUETE BÁSICO DE ATENCIÓN

Más del 85% del presupuesto regular del Ministerio de Salud se gasta en sueldos y salarios de su personal, de manera que la capacidad de las Unidades de Salud para adquirir suministros y medicinas es muy reducida. Esto lleva a que sean los mismos pacientes atendidos en las Unidades del Ministerio, y sus familiares, los que deban adquirir lo necesario para la atención de sus enfermedades. Si sumamos a estos gastos aquellos que se ocasionan por costo de la consulta, transporte, alimentación de los acompañantes y otros, veremos que el costo de la atención representa una barrera severa para la población pobre que utiliza las Unidades del Ministerio de Salud.

Esta población, que subsiste con menos de un dólar por día, representa el 30% de los ecuatorianos. El resultado es que 25% de la población no tiene acceso a servicios de salud, o que, por ejemplo, el 73% de las mujeres indígenas no recibió atención profesional durante su parto. Frente a esta realidad, los aproximadamente veinte millones de dólares anuales con que se financia la LMGYAI, que no provienen del presupuesto general del MSP, son destinados directamente a la compra, por parte de las Unidades del MSP, de medicamentos y suministros necesarios para la atención de la madre y el niño.

En los primeros años de puesta en práctica de la Ley existieron dificultades para garantizar la gratuidad, puesto que un número importante de Unidades de Salud, a pesar de la Ley, continuaron cobrando a los pacientes y obligando a sus familiares a comprar suministros y medicinas. Estas prácticas se están reduciendo significativamente, a través del monitoreo y control de la Unidad Ejecutora de la LMGYAI, los Comités de Gestión Locales y Comités de Usuarías. Como resultado de la LMGYAI, las barreras económicas que impiden el acceso de la población ecuatoriana pobre a la atención en salud han disminuido sustancialmente, y crecientemente se asegura que los establecimientos de salud cuenten con los insumos y equipo necesarios para proveer atención de calidad.

PAGO A TRAVÉS DE REEMBOLSO POR SERVICIOS PRODUCIDOS POR LAS UNIDADES

La forma tradicional para asignar fondos a las Unidades del MSP ha sido (y sigue siendo) a través de presupuestos anuales globales basados en el gasto histórico de la Unidad. Esta modalidad en la práctica introduce un incentivo **negativo** a la mejora de la calidad, la búsqueda del aumento de la demanda, y la producción de servicios.

La LMGYAI introdujo en el MSP la reforma nunca antes ensayada de reembolsar a las Unidades sus gastos de medicamentos, insumos, exámenes de laboratorio, sangre y micronutrientes, en base a los reportes de producción por cada Unidad Ejecutora (hospitales y Unidades ambulatorias). Conscientes de que este nuevo sistema de reembolso podría llevar a la disminución de la calidad de los servicios a causa de una posible intención de bajar costos de producción por parte de las Unidades, los técnicos del MSP, con el apoyo del Proyecto de Garantía de Calidad (QAP/USAID), elaboraron protocolos de atención y desarrollaron estándares de calidad para cada una de las prestaciones. Se cuantificaron los costos y se fijaron tarifas a ser reembolsadas para cada una de las prestaciones¹⁶.

De esta manera, por ejemplo, si un hospital cantonal (que atiende a un municipio) atendió en un mes específico 20 partos normales, el Comité de Gestión del Fondo Local Solidario de Salud le reembolsará \$500 dólares por concepto de gastos de medicamentos, insumos,

¹⁶ Detalles técnicos se encuentran disponibles en el Manual Financiero, Técnico, y Operativo para la Aplicación de la LMGYAI, disponible en la dirección <http://www.mortalidadmaterna.org/> en la sección "Biblioteca".

exámenes de laboratorio y sangre, lo que está autorizado por la LMGYAI. Los gastos de sueldos y salarios, equipamiento, servicios básicos, instalaciones, son financiados por el presupuesto regular del Estado a través del MSP.

En consultas informales a varios directores de las unidades operativas del MSP, se señaló que uno de los principales inconvenientes del mecanismo de la LMGYAI de pago por reembolso basado en la producción, era el retraso en los pagos por parte de los Comités de Gestión. A su vez, esto se debería a que la Unidad Ejecutora de la Ley no recibe a tiempo los fondos por falta de entrega oportuna de los mismos por parte del Fondo de Solidaridad a nivel central. El año 2002 fue especialmente difícil en este sentido, pero en la segunda mitad del 2003 la regularidad en el flujo de los fondos ha mejorado.

Otro de los problemas detectados ha sido la presentación de reportes de producción por parte de ciertas Unidades operativas, que incluyen una proporción anormalmente grande de las prestaciones más caras, como atención de recién nacidos con cuidados intensivos. Para enfrentar este problema, la Unidad Ejecutora revisa los informes mensuales presentados por cada hospital para determinar su precisión y hace visitas de supervisión a establecimientos individuales.

CREACIÓN DE NUEVOS MECANISMOS PARA EL PAGO DE SERVICIOS, INDEPENDIENTES DE LA FUNCIÓN DE PRESTACIÓN DE LOS MISMOS

La separación de las funciones de financiamiento-pago y de prestación de servicios se logró a través de la creación de la Unidad Ejecutora de la LMGYAI, a nivel nacional, y los Comités Locales de Gestión de Salud, en los que juegan un rol preponderante los municipios. La ubicación de los fondos de la LMGYAI en los fondos solidarios locales de salud completa la separación de funciones entre financiamiento y provisión de servicios. Es muy importante recalcar que esta reforma no añadió un costo adicional para la administración local de los fondos, porque utiliza en gran medida la capacidad administrativa institucional (personal administrativo, contable, oficinas, equipos) que ya existe en el municipio.

El hecho de transferir recursos económicos desde el Fondo Solidario Nacional de Salud a cuentas en los municipios, requirió la elaboración de disposiciones legales y la firma de convenios de gestión entre el Ministerio de Salud, la Unidad Ejecutora de la LMGYAI y los Comités de Gestión Local. Los convenios de gestión que se firmaron tienen el carácter de instrumentos legales que obligan al cumplimiento de metas y mejoramiento de la calidad pues contienen indicadores de evaluación. Los aspectos técnicos que se refieren a metas de cobertura e indicadores de cobertura y calidad para los convenios de gestión, fueron desarrollados por la Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y la Asociación de Municipalidades del Ecuador, con el apoyo técnico del Proyecto de Garantía de Calidad (QAP/USAID).

Un aspecto importante de la cogestión de los fondos de la LMGYAI con los gobiernos locales fue involucrarlos en el co-financiamiento del transporte de las emergencias obstétricas y la promoción de la salud, de acuerdo a lo previsto en la Ley y en los Convenios de Gestión, lo cual es un cambio positivo importante respecto al pasado.

DIVERSIFICACIÓN DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS

Los fondos del MSP solamente financian servicios producidos por Unidades del mismo MSP. La LMGYAI autoriza a que sus fondos puedan reembolsar servicios producidos por otros proveedores de salud como los de las organizaciones no gubernamentales, los del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) e incluso agentes de la medicina tradicional. Esta es una reforma muy importante puesto que abre posibilidades reales para ampliar las coberturas.

El punto crítico está en definir cómo a través de esta reforma las instituciones se relacionarían entre sí, de manera que sus acciones se complementen en vez de duplicarse o reemplazarse. Se estableció que las ONGs que quieran participar de los fondos de la Ley, deberán atender población que no esté ya cubierta por ningún otro servicio. Para ello, deberán firmar convenios de gestión en los que se comprometan al cumplimiento de la gratuidad, la coordinación con el MSP, la observancia de los protocolos y estándares de calidad, y la referencia y contrarreferencia integrándose al sistema. También se busca la integración de las Unidades del Seguro Social Campesino, una rama subsidiada del Instituto Ecuatoriano del Seguro Social, a los mecanismos de la LMGYAI.

En cuanto a los agentes de la medicina tradicional y las parteras, se definió que uno de sus roles más importantes es realizar consejería y referencias de pacientes desde las comunidades hacia las Unidades de Salud. Por cada mujer embarazada o niño menor de 5 años que sea remitido para su atención a una Unidad del Ministerio de Salud por parte de las parteras o agentes comunitarios de salud, el Comité Local de Salud reconocería la cantidad de entre \$2-4 USD. Al momento de escribir el presente reporte, este mecanismo está todavía en proceso de ponerse en práctica.

INTEGRACIÓN DE LOS GOBIERNOS MUNICIPALES Y LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL, ESPECIALMENTE DE LAS MUJERES, A LA GESTIÓN LOCAL DE SALUD

Tradicionalmente, la gestión local de los servicios de salud en el Ecuador ha sido muy fragmentada entre pocas instituciones locales sin coordinación. El MSP, a través de las Direcciones Provinciales de Salud y sus unidades se han encargado de los servicios a la población pobre; las unidades del Seguro Social de la atención a sus afiliados; los departamentos municipales de sanidad se han dirigido principalmente hacia aspectos de salud pública como basuras, agua, y saneamiento ambiental; la Cruz Roja se ha encargado de la disponibilidad de sangre y atención a accidentes. La coordinación ha sido muy escasa o nula. Una razón para ello es que, antes de la LMGYAI, no ha existido ningún mecanismo operativo para que la sociedad civil, a través de sus organizaciones, pueda tener un rol efectivo en la gestión local de la salud. El usuario de los servicios públicos ha estado tradicionalmente ausente de la gestión de los servicios de salud, y sus intereses han estado tradicionalmente dejados de lado por falta de mecanismos de representación y abogacía.

La LMGYAI introduce reformas importantes dirigidas a contribuir a la solución de estos problemas. Los Comités Locales de Gestión de Salud constituyen un mecanismo operativo real y potencialmente efectivo para la articulación de los gobiernos municipales en la gestión de la salud, en coordinación con los representantes locales del MSP y otras instituciones que también integren el Comité. El Comité Local de Salud tiene, de esta manera, la potencialidad de convertirse en el espacio local para el establecimiento de prioridades y estrategias sanitarias, así como para articular los esfuerzos coordinados de las instituciones y las organizaciones de la sociedad civil.

A través de la representación de organizaciones de la sociedad civil (organizaciones comunitarias, de mujeres, y de campesinos o indígenas) en los Comités de Gestión Local, la LMGYAI les asigna un rol fundamental que nunca antes habían tenido, ya que les da acceso no sólo a la discusión y decisiones, sino que además tienen voz y voto en el organismo local que administra los fondos de la Ley.

Además de esta participación, la LMGYAI establece que la población usuaria de los servicios se organizará a través de Comités de Usuarías, cuya función es un rol activo de veeduría y apoyo a la calidad de la atención. Dichos Comités son organizaciones de la sociedad civil, independientes de los servicios de salud, de las instituciones del Estado o de

partidos políticos. De acuerdo a lo establecido en la Ley, los Comités de Usuarías emitirán informes periódicos sobre la calidad de los servicios financiados con fondos de la Ley, y los presentarán y discutirán en el seno de los Comités de Gestión Local, el mismo que los tomará en cuenta para fines de evaluación del cumplimiento de los Convenios de Gestión y para el pago a los proveedores de servicios. Por otra parte, los Comités de Usuarías coordinarán con las Unidades de Salud sus esfuerzos a favor de la mejora de la calidad de la atención, brindando apoyo e información desde su propia perspectiva. Este aspecto de la LMGYAI ha sido más lento en desarrollarse, y sólo en la actualidad se están probando en algunas provincias procedimientos específicos para trabajar con los Comités de Usuarios.

INCLUSIÓN DE LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD Y SUS MECANISMOS OPERATIVOS COMO UN OBJETIVO EXPLÍCITO DE LA LEY

En el Ecuador, tradicionalmente, ni el sistema público de salud ni el privado han tenido mecanismos operativos permanentes, de cumplimiento legal, para asegurar la calidad de la atención. El resultado ha sido una mala calidad técnica de la atención endémica, y una marcada insatisfacción de los usuarios. Una reforma clave introducida por la LMGYAI fue haberle dado un rol importante a la calidad de sus prestaciones, y el haber creado los mecanismos operativos para que la calidad de la atención pueda ser efectivamente monitorizada y mejorada de manera continua. En el diseño de la Ley, la Unidad Ejecutora a nivel nacional, los Comités Locales de Gestión y los Comités de Usuarios, tienen funciones importantes para asegurar la calidad de la atención. Además, los Convenios de Gestión establecen metas explícitas de calidad que deben ser cumplidas por las unidades de atención. A través de estos mecanismos la calidad está definida operativamente y articulada al pago por los servicios realizados.

A fin de desarrollar los mecanismos operativos para la medición y mejora continua de la calidad, el MSP y la Unidad Ejecutora de la LMGYAI, con apoyo técnico del Proyecto de Garantía de Calidad (QAP/USAID), elaboraron protocolos de atención y estándares de calidad para las principales prestaciones, basados en las Normas técnicas del MSP. Estas herramientas permiten a los establecimientos de salud medir y mejorar de manera continua la calidad de los servicios que proveen. Se creó también un sistema de monitoreo y reporte mensual de indicadores de calidad, desde las Unidades operativas del MSP hacia las Direcciones Provinciales de Salud, y de allí al nivel central del MSP. El MSP y QAP crearon un Grupo Conductor del programa de mejora continua de la calidad, que con el apoyo de la OPS/OMS, UNFPA, y Family Care International, apoyan la expansión del modelo de mejora continua de la calidad, que en la actualidad ya está siendo aplicado en setenta hospitales y centros de salud en once provincias del Ecuador¹⁷.

En cada una de las Direcciones Provinciales de Salud, han sido capacitados funcionarios del MSP, quienes conducen las acciones de los equipos de mejora continua de la calidad (MCC) en cada uno de los hospitales y centros de salud de su provincia. Los equipos de MCC están integrados por médicos, enfermeras, obstétricas y estadísticos de las Unidades, quienes mensualmente monitorean y reportan indicadores de calidad técnica y de satisfacción del usuario, y ejecutan acciones de mejoramiento.

¹⁷ La introducción y expansión de la Mejora Continua de la Calidad dentro de las prestaciones de la Ley de Maternidad Gratuita se discute en profundidad en el Informe LACRSS No. 65, *Expansion e institucionalización de la Mejora Continua de la Calidad en la Ley de Maternidad Gratuita en el Ecuador*, disponible en <http://www.lachsr.org>.

QUALITY ASSURANCE PROJECT
University Research Co., LLC
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600
Bethesda, MD 20814 USA

Tel: (301) 654-8338
Fax: (301) 941-8427
www.qaproject.org