

**“La Cooperación
para el Desarrollo
Castellano-Manchega
en Ecuador, en el
sector de la salud
(2004-2008)”**

M^a del Rosario Gutiérrez Payo

TRABAJO FIN DE MÁSTER



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. Marco normativo y estrategia de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha	7
1.2. Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda	10
1.3. Contexto político y social de Ecuador.....	13
1.4. Política Nacional de Salud en Ecuador	17
1.5. Proyectos objeto de la investigación	21
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	34
3. METODOLOGÍA	34
4. CONDICIONANTES Y LIMITACIONES	35
5. RESULTADOS.....	36
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
BIBLIOGRAFÍA	50
ANEXOS	52
Anexo 1: Listado de proyectos subvencionados por la JCCM en Ecuador	53
Anexo 2: Listado de proyectos subvencionados por la JCCM en Ecuador en salud.....	62
Anexo 4: Cronograma de la investigación	63
Anexo 4: Listado de personas entrevistadas y consultadas	64
Anexo 5: Programa de viaje a Ecuador.....	65

1. INTRODUCCIÓN

Desde que en los años 80 surgiera en España la cooperación para el desarrollo, han sido muchos los esfuerzos realizados y progresos alcanzados.

Entre los principales actores de la Cooperación Española (en adelante CE) destaca la cooperación descentralizada que ha jugado un papel muy importante por su magnitud, volumen y envergadura.

En Castilla-La Mancha, la política de cooperación para el desarrollo ha sido una de las grandes apuestas del Gobierno Regional de lucha contra la pobreza en los países en desarrollo, dando así respuesta a la solidaridad de la ciudadanía castellano-manchega y apoyando a las organizaciones no gubernamentales de desarrollo (en adelante ONGD) como canalizadoras de sus inquietudes y aspiraciones.

Tal y como expresaba el entonces presidente de Castilla-La Mancha, José María Barreda, cuando fue aprobado el primer Plan Estratégico de Cooperación para el Desarrollo, “Castilla-La Mancha lidera ya, en términos cuantitativos, las políticas de ayudas al desarrollo destinando el 0,7 % de los ingresos propios de la Junta de Comunidades desde 1995. Ahora la cooperación castellano-manchega se enfrenta a un nuevo reto al que este Plan tiene la intención de hacer frente: liderar también la calidad en la Cooperación para el Desarrollo”.

En pos de la calidad y ante la creciente demanda de formación especializada en materia de cooperación para el desarrollo en Castilla-La Mancha, la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha junto con la Universidad de Castilla-La Mancha han promovido la formación de especialistas en esta materia.

En este contexto, desde el año 2008, se han impartido ya tres cursos de Experto en Cooperación para el Desarrollo de la Universidad de Castilla-La Mancha y durante el presente curso académico 2010-2011, el primer Máster de Cooperación para el Desarrollo.

En el ámbito de los masters oficiales, está previsto que las enseñanzas del máster finalicen con la elaboración y defensa pública de un Trabajo de Fin de Máster (en adelante TFM).

La temática a desarrollar para el TFM, puede adoptar diferentes tipos relacionados con la planificación y gestión de proyectos o programas de cooperación para el desarrollo como son la identificación, formulación, evaluación o investigación.

Como alumna del máster he optado por realizar una investigación que estudie cual ha sido la estrategia de Cooperación de Castilla-La Mancha en Ecuador, en el sector de la salud, en los últimos años, en concreto durante el periodo 2004-2008 y su grado de complementariedad tanto con la CE como con las políticas públicas de Ecuador.

La presente es una investigación sectorial, realizada a través de un análisis de la Cooperación Castellano-Manchega en Ecuador, en el sector de la salud y del examen de

una muestra de los proyectos subvencionados por la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (en adelante JCCM) en el ámbito de la salud, en el marco de la Eficacia de la Ayuda y la Declaración de París.

Se trata de un estudio participativo y de aprendizaje que cuenta con el mayor número posible de actores implicados: los beneficiarios de alguno de los proyectos, las ONGD españolas, sus socios o contrapartes locales, la Oficina Técnica de Cooperación (en adelante OTC) española en Ecuador de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (en adelante AECID), instituciones públicas ecuatorianas implicadas y el Servicio de Cooperación y Voluntariado de la JCCM, entre otros.

En cuanto a mi motivación para la realización de esta investigación, está relacionada con mi trabajo dentro del Servicio de Cooperación y Voluntariado puesto que considero este TFM una oportunidad de análisis de una pequeña parcela de todo lo que en el Servicio se gestiona, que por el volumen de trabajo y escasa dotación de recursos humanos, resulta muy difícil abordar en el día a día.

En cuanto al país y sector seleccionados, la elección responde a los siguientes motivos:

- Ecuador ha sido un país priorizado por la política de cooperación para el desarrollo de Castilla-La Mancha desde que ésta comenzó su andadura.
- La cooperación castellano-mancheña tiene una larga trayectoria de trabajo en Ecuador, pero no se ha realizado ningún análisis sistemático de la misma.
- He optado por el sector salud porque siempre ha estado priorizado en la estrategia de la política de la JCCM en todos los países en los que se interviene, pero actualmente no es uno de los objetivos priorizados por la CE en Ecuador.
- La JCCM ha financiado en el país procesos de continuidad con dos ONGD que considero oportuno analizar.

1.1. Marco normativo y estrategia de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

Ley 3/2003, de 13 de febrero de 2003, de Cooperación Internacional para el Desarrollo de Castilla-La Mancha

Esta ley fue una de las primeras leyes de la cooperación descentralizada y fue una expresión de la solidaridad de Castilla-La Mancha con los más desfavorecidos de los países “en vías de desarrollo”.

Tiene como principios inspiradores la igualdad de todos los seres humanos en dignidad y derechos, así como la obligación de ayudarse mutuamente.

Considera sector de actuación preferente, entre otros, a la salud y como prioridades geográficas aquellos países cuyo Índice de Desarrollo Humano sea bajo o medio, según el Informe elaborado anualmente por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Aunque la Ley hace referencia la cooperación directa, es la modalidad indirecta –a través de Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo y Entidades Públicas o Privadas- la que ha instrumentalizado la política de cooperación de los gobiernos que han dirigido la política regional.

La ley contempla que la JCCM establecerá un Programa de Subvenciones para ONGD castellano-manchegas que contenga las actuaciones referidas en la misma.

Hasta la actualidad, optar por un modelo de Cooperación indirecta ha supuesto que este hecho sea un rasgo característico de la política de Cooperación para el Desarrollo del Gobierno Regional. Esto es fruto del decidido apoyo de nuestros gobernantes a las ONGD nacidas en Castilla-La Mancha o con sede en la región. Estas ONGD han sido consideradas protagonistas y representativas del tejido social de Castilla-La Mancha, que trabaja movido por la creencia de que otro mundo más justo es posible.

Convocatorias públicas de subvenciones destinadas a la Cooperación para el Desarrollo

La gestión de los fondos se viene llevando a cabo principalmente a través de convocatorias públicas de subvenciones para proyectos de cooperación al desarrollo, presentados por ONGD, quienes en colaboración con sus contrapartes o socios locales de los países destinatarios de la ayuda ejecutan los proyectos de cooperación para el desarrollo.

Estas convocatorias anuales han definido las prioridades geográficas por países y los sectores priorizados, así como las líneas transversales que han de estar presentes en cualquier intervención.

Como ya se ha mencionado, Ecuador siempre ha sido un país priorizado entre los de América del Sur.

Las prioridades en el sector de salud en estos últimos años han sido recogidas en las correspondientes órdenes de convocatoria.

La Orden de 22-10-2002 de la Consejería de Bienestar Social (D.O.C.M. nº 133 de 29 de octubre de 2002) que tuvo carácter permanente hasta 2005, aunaba el sector de la salud y la nutrición, señalando que los proyectos se dirigirían preferentemente a los siguientes tipos de intervenciones:

- Control de enfermedades infecciosas y generadoras de alta mortalidad (paludismo, cólera, SIDA, tuberculosis, entre otras.)
- Atención sanitaria básica y preventiva.
- Nutrición básica.
- Atención a la salud reproductiva y a la planificación familiar.
- Infraestructura sanitaria básica: dispensarios, clínicas, hospitales y equipamiento médico.
- Educación para la salud y formación de personal.
- Implantación de servicios de asistencia sanitaria básica y de prevención en las áreas rurales, zonas marginales y comunidades locales.

Estas mismas prioridades se mantuvieron en la Orden de 04-11-2005 de la Consejería de Bienestar Social (D.O.C.M. nº 226 de 10 de noviembre de 2005) para los proyectos del 2006.

La Orden de 17-10-2006 de la Consejería de Bienestar Social (D.O.C.M. nº 217 de 20 de octubre de 2006), diferenció entre las prioridades del sector salud y lo que pasó a denominarse soberanía alimentaria y lucha contra el hambre.

En el sector salud se priorizó:

- Fortalecimiento de los sistemas públicos de salud.
- Educación sanitaria: acceso a la información, educación y formación de las comunidades en relación con la salud.
- Prevención y control de enfermedades: inmunización contra las principales enfermedades infecciosas y prevención de enfermedades endémicas (malaria, cólera, SIDA, tuberculosis y otras enfermedades olvidadas), tratamiento de enfermedades causantes de alta mortalidad.
- Atención a la salud sexual y reproductiva y a la planificación familiar.
- Prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.
- Apoyo a los programas de nutrición infantil y educación para la salud en el medio escolar.
- Prevención y control de las enfermedades relacionadas con la infancia y que causan mayor morbilidad y mortalidad en menores de 5 años: malnutrición, enfermedades respiratorias, diarreas, malaria y sarampión.
- Servicios de control prenatal, y atención neonatal y post-natal.

- Atención sanitaria básica y preventiva con especial incidencia en la Infancia y las Mujeres.
- Mejora de la atención ginecológica de las mujeres, reconociendo sus necesidades sanitarias a lo largo del ciclo de su vida.
- Acceso a los medicamentos esenciales.
- Formación del personal sanitario.
- Apoyo a la construcción y mejora de infraestructuras y equipamiento de instalaciones sanitarias básicas: dispensarios, clínicas, hospitales y equipamiento médico. Con especial incidencia en las áreas rurales, zonas marginales y comunidades locales.
- Apoyo en los procesos de descentralización de la prestación de los servicios sanitarios para la mejora en el acceso universal a la salud.
- Promoción de condiciones de trabajo y de un entorno laboral seguro y saludable.

Estas prioridades se mantuvieron en las sucesivas regulaciones: Orden de 5 de diciembre de 2007, de la Consejería de Bienestar Social, Orden de 16 de diciembre de 2008, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, Resolución de 20/10/2009, de la Dirección General de Acción Social y Cooperación Internacional, Orden de 19/04/2011, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, así como en el Plan Estratégico de Cooperación para el Desarrollo “Horizonte 2011” para el periodo 2008-2011.

Como líneas horizontales, en los proyectos se ha valorado positivamente la adecuada atención a los siguientes aspectos:

- La lucha contra la pobreza, entendiéndola en sentido amplio, no sólo como la situación de las personas cuyo grado de privación se halla por debajo del nivel que una determinada sociedad considera mínimo para mantener la dignidad, sino también como la carencia de capacidades en las personas o fracaso en conseguir esas capacidades a niveles mínimamente aceptables. La pobreza ya no es sólo el ingreso o la renta, sino el proceso por el cual las personas alcanzan o no el bienestar.
- Desarrollo y derechos humanos. El fortalecimiento de las capacidades institucionales, sociales y humanas se encuentra indisolublemente unido al respeto, promoción y garantía de los derechos humanos.
Los derechos humanos constituyen un marco universal e indivisible dentro del cual se encuentran los derechos civiles y políticos, los derechos económicos sociales y culturales, y el derecho al medio ambiente, a la paz y al desarrollo.
El derecho al desarrollo es un derecho humano en el cual todos los pueblos puedan participar en su desarrollo económico, social, cultural y político teniendo en cuenta la necesidad del respeto de sus derechos y libertades fundamentales.
- La equidad de género, requiere reestructurar las relaciones desiguales de género de forma que todas las personas no sólo puedan cubrir sus necesidades prácticas, sino que además permita la existencia de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en el acceso a los recursos y servicios, y procesos de participación social. También implica promover mecanismos para la participación de las mujeres con poder de decisión en todos los espacios, teniendo en cuenta sus intereses estratégicos para su plena integración en lo político, lo social, lo económico y lo cultural.

- La sostenibilidad medioambiental; la valoración del impacto de las acciones de cooperación sobre el medio ambiente con el fin de contribuir a su conservación y evitar la degradación del mismo. Reafirmando así, el compromiso de apoyar los principios del desarrollo sostenible y adoptar una nueva ética de conservación y salvaguardia de todas las actividades relacionadas con el Medio Ambiente.
- El fortalecimiento de la sociedad civil y participación social, entendiendo ésta como el proceso por el que las comunidades o diferentes sectores sociales, con intereses legítimos en un proyecto de desarrollo, influyen en la toma de decisiones y en la gestión de los recursos, siendo así actores de su propio desarrollo.

Plan Estratégico de Cooperación para el Desarrollo “Horizonte 2011”

El Plan Estratégico de Cooperación para el Desarrollo Horizonte 2011, aprobado en 2008, contiene los objetivos y las líneas horizontales, sectoriales y prioridades geográficas que articulan la política de cooperación para el desarrollo impulsada desde la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, así como los instrumentos a través de los cuales se conseguirán dichos objetivos.

Del análisis de la evolución de la Cooperación Castellano-Manchega se constata la existencia de unos criterios que se ha pretendido estén presentes en todas las actuaciones de Cooperación desde que éstas se iniciaron de forma sistemática en 1993, incluidos los mencionados en las órdenes anteriormente citadas.

Entre ellos pueden mencionarse el respeto y promoción de los Derechos Humanos, la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, perseguir la máxima expresión y participación de las sociedades destinatarias de la ayuda, la inserción respetuosa en la política exterior de nuestro país, o la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El Plan los reconoce elevándolos a la categoría de principios orientadores de la política de Cooperación para el Desarrollo de Castilla-La Mancha¹.

1.2. Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda

Las políticas de cooperación y ayuda al desarrollo están atravesando un intenso proceso de cambios, tanto en las ideas como en las prácticas. Se ha logrado un amplio acuerdo respecto a objetivos de reducción de la pobreza y desarrollo social, los denominados **Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)**, que conformarían una incipiente “agenda social de la globalización”. Los ODM, a través del ODM 8, también pretenden establecer una Asociación Global para el Desarrollo basada en acuerdos respecto a los principios y los medios necesarios para alcanzar esos objetivos, en particular respecto a la ayuda, la apertura comercial, la reducción de deuda, y el acceso a la tecnología (Sanahuja, 2007).

¹ Plan Estratégico de Cooperación para el Desarrollo de Castilla-La Mancha “Horizonte 2011”.

Exponentes de dicha “asociación” fueron la Conferencia Internacional de Monterrey de 2002, la Declaración de Roma de 2003, pero sobre todo la Declaración de París de 2005² y el posterior Programa de Acción de Accra (PAA) de 2008, que conforman la Agenda de París y sus implicaciones para el futuro del sistema de cooperación al desarrollo.

En la **Conferencia de Monterrey** se abordaron por primera vez cuestiones claves relacionadas con el desarrollo mundial y su financiamiento. El objetivo primordial de dicha conferencia, consistió en abordar la búsqueda de opciones viables para promover la movilización de recursos financieros internos e internacionales para alcanzar las metas de desarrollo convenidas internacionalmente, en particular las consignadas en la Declaración del Milenio.

Del I Foro de Alto Nivel reunido en Roma en 2003 emanó la **Declaración de Roma**, la cual estableció un ambicioso programa de actividades: asegurar que los esfuerzos de armonización se adaptan a la situación del país, y que la ayuda de los donantes se alinea con las prioridades de desarrollo del país receptor. Mejorar también los esfuerzos de los países líderes para adaptar las políticas, los procesos y las prácticas de las instituciones y estados para facilitar la armonización y simplificar los complejos procedimientos que sobrecargan la capacidad institucional de los países pobres.

En la **Declaración de París**, resultado del II Foro de Alto Nivel celebrado en esta ciudad en 2005, los países firmantes se comprometieron a emprender acciones de largo alcance y supervisables con vistas a reformar las formas en las que se suministra y gestiona la ayuda al desarrollo para incrementar su impacto.

El **Programa de Acción de Accra**, es el documento resultante del III Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda que se celebró en Accra (Ghana) en septiembre de 2008, con el objetivo de valorar el progreso de los compromisos y objetivos de la Declaración de París. En este Foro se realizó un balance de la eficacia de la ayuda, ampliando el diálogo hacia nuevos actores y facilitando la continuidad de una acción internacional hacia la efectividad de la ayuda al desarrollo.

El IV Foro sobre la Eficacia de la Ayuda, se celebrará en Busan, Corea del Sur, del 29 de noviembre al 1 de diciembre de 2011 y será un gran reto para los diferentes actores de la cooperación internacional en el contexto actual de crisis.

La Declaración de París sobre Efectividad de la Ayuda Oficial al Desarrollo introdujo un proceso ambicioso de reforma al sistema de gestión, implementación, monitoreo y evaluación de la AOD, desde una perspectiva integrada basada en un nuevo paradigma en función de cinco principios fundamentales entre los países donantes y los países receptores.

² La Declaración de París (<http://www1.worldbank.org/harmonization/Paris/ParisDeclarationSpanish.pdf>), emanada del II Foro de Alto Nivel sobre Eficacia de la Ayuda, realizado en París del 28 de Febrero al 2 de Marzo del 2005.

La Declaración de París fue adoptada el 2 de marzo de 2005, por representantes de más de 100 países y organizaciones presentes en el evento.

Los cinco principios fundamentales de la Declaración de París buscan establecer la efectividad para el desarrollo son:³

1. Apropiación

Los países en desarrollo ejercerán una autoridad efectiva sobre sus políticas de desarrollo y deberán coordinar sus acciones. Los donantes se comprometen a respetar las políticas de los países en desarrollo y a reforzar su capacidad para llevarlas a cabo.

2. Alineación

Los donantes circunscribirán su apoyo a las estrategias nacionales de desarrollo, instituciones y procedimientos de los países receptores.

3. Armonización

Los donantes coordinarán sus actividades y minimizarán el coste que hasta ahora ha supuesto el suministro de ayuda para los países receptores, mediante la armonización de los procedimientos de planificación, financiación y ejecución de los programas de ayuda.

4. Gestión orientada a resultados

Tanto donantes como receptores orientarán sus actividades a obtener los resultados deseados en materia de desarrollo.

5. Responsabilidad mutua

Donantes y socios se harán co-responsables de los resultados obtenidos.

Aunque se acepte la obligación moral o política de otorgar ayuda, ésta sigue siendo voluntaria y discrecional, por lo que no siempre se respeta el principio de alineación de los donantes con las políticas y procedimientos de los países receptores.

España y Ecuador son países firmantes de la Declaración de París, por tanto se han comprometido a poner en práctica la denominada Agenda de la Eficacia de la Ayuda (Ecuador no formó parte de los países firmantes de esta importante Declaración en 2005, iniciando su proceso de adhesión en 2009).

El Gobierno de Ecuador ha establecido lineamientos para el proceso de armonización-alineación entre el Estado Ecuatoriano y países donantes, teniendo como referencia la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo y el Programa de Acción de ACCRA. En este contexto, el Gobierno ha establecido una Mesa de Diálogo Global, coordinada por la Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional (AGECI), La Secretaría Nacional de Planificación del Desarrollo (SENPLADES) y la Cancillería, creando mesas temáticas de trabajo.

En este contexto la cooperación descentralizada, cuyo crecimiento ha sido muy grande en los últimos años, aporta oportunidades de complementariedad y encierra importantes potencialidades para el sistema de ayuda. Pero este tipo de cooperación, asimismo, contribuye a una mayor proliferación de actores y a profundizar la fragmentación de las acciones, de ahí la importancia de trabajar en pos de los principios de la Declaración de

³ “Mejor Ayuda, una condición necesaria para el Desarrollo”. Coordinadora de ONG para el Desarrollo-España (2008).

París y sobre todo analizar las estrategias de alineación de los proyectos apoyados por la JCCM con la estrategia de desarrollo de Ecuador y el grado de coherencia con la CE.

1.3. Contexto político y social de Ecuador

Ecuador es un Estado constitucional, organizado en forma de República que se gobierna de manera descentralizada. El país tiene una extensión de 256.370 Km² y una población de más de 14 millones de personas. Con una estructura demográfica predominantemente joven, con un 30% de menores de 15 años y un índice de envejecimiento del 25,97%. El 64% de la población vive en zonas urbanas y la densidad poblacional es de 52,3 habitantes por km²⁴. El país se caracteriza por ser multiétnico y pluricultural, compuesto por población indígena, afrodescendiente, mulata, mestiza y blanca.

Existen marcadas diferencias geográficas, sociales y económicas en sus cuatro regiones geográficas: la Costa, la Sierra, la Amazonía u Oriente y la región insular constituida por las islas Galápagos.

Administrativamente, se divide en 7 regiones que comprenden 24 provincias, subdivididas en 221 cantones y 1.205 parroquias (408 urbanas y 797 rurales) y las circunscripciones territoriales indígenas y afroecuatorianas. Cada provincia tiene un gobernador designado por el Presidente de la República y un Prefecto elegido por votación popular, y se divide en municipios, con Alcaldes y Concejales electos también por votación popular.

Las 24 provincias se agrupan en las siguientes regiones:

- Región 1: Esmeraldas, Carchi, Imbabura y Sucumbios. Sede administrativa: Ibarra
- Región 2: Pichincha, Napo y Orellana. Sede administrativa: Tena
- Región 3: Chimborazo, Tungurahua, Pastaza y Cotopaxi. Sede administrativa: Riobamba
- Región 4: Manabí, Galápagos y Santo Domingo de los Tsachilas. Sede administrativa: Ciudad Alfaro
- Región 5: Santa Elena, Guayas, Los Ríos y Bolívar. Sede administrativa: Milagro
- Región 6: Cañar, Azuay y Morona Santiago. Sede administrativa: Cuenca
- Región 7: El Oro, Loja y Zamora Chinchipe. Sede administrativa: Loja, Quito y Guayaquil son distritos metropolitanos.

⁴ Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador (INEC) 2008.



Fuente: Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES).
 Mapa 1: Regiones de planificación de Ecuador

La planificación zonal implementa herramientas para la coordinación sectorial que orienta el presupuesto, la priorización de la inversión pública, la cooperación internacional, el seguimiento a los Objetivos Nacionales de Desarrollo y la democratización del Estado en sus respectivas jurisdicciones. Contempla además la coordinación de las acciones con los gobiernos autónomos descentralizados (municipios, consejos provinciales, juntas parroquiales rurales) y la comunidad, a fin de generar espacios de planificación participativa que articulen las necesidades reales de los territorios a las acciones del Gobierno Nacional⁵.

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

En 1998 Ecuador contó con la Constitución número 19 del país. En ella se introdujeron reformas en materia de elección, régimen y composición del Congreso, derechos humanos y liberalización de la economía. Esta Constitución dio derecho a voto a todo ciudadano ecuatoriano que supiera leer y escribir y mayor de 18 años.

En 2006 se celebraron simultáneamente elecciones legislativas y presidenciales. El resultado dio, en las primeras, la victoria a las candidaturas del Partido Renovador Institucional de Acción Nacional (PRIAN).

⁵ 2010 Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES).

En cuanto a las elecciones presidenciales, esta primera vuelta se saldó con un práctico empate entre Álvaro Noboa, del PRIAN, y Rafael Correa, cuyo partido, Alianza PAIS, no se había presentado a las legislativas.

En la segunda vuelta de las elecciones presidenciales en noviembre de 2006, resultó ganador Rafael Correa, con un 56,67% de los votos frente al 43,33% de Álvaro Noboa.

Correa había sido ministro de Economía y Finanzas con el presidente Palacios entre abril y agosto de 2005. Durante su gestión como ministro de Economía y Finanzas, propuso una postura de izquierdas, opuesta a los organismos multilaterales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, y a favor de una mayor participación del Estado en los recursos petroleros.

El 15 de enero de 2007, Rafael Correa toma posesión como presidente de la República e inicia el procedimiento para la convocatoria a una Asamblea Constituyente (AC) con objeto de redactar una nueva Constitución para el país. La celebración de una Asamblea Constituyente fue aceptada por la ciudadanía en referéndum.

La Constitución de 2008 fue redactada entre el 30 de noviembre de 2007 y el 24 de julio del 2008. Para su aprobación fue sometida a referéndum constitucional el 28 de septiembre de 2008, ganando la opción aprobatoria. La Constitución de 2008 entró en vigencia, desplazando la anterior Constitución de 1998 y rige desde entonces.

El desarrollo social en Ecuador

Ecuador es un país privilegiado en el mundo por su dotación de recursos naturales. Su posición sobre la línea ecuatorial, la presencia de la Cordillera de los Andes, el Océano Pacífico, la cuenca amazónica y las Islas Galápagos, configuran condiciones únicas en el planeta, que proporcionan al país una enorme variedad de climas y entornos naturales.

Ecuador ocupa el primer lugar en el planeta en cuanto al número de vertebrados por unidad de superficie, el segundo lugar contando únicamente las especies endémicas, y se encuentra en las primeras posiciones por el número absoluto de especies de anfibios, aves y mariposas⁶.

A diferencia de otros países andinos, como Perú y Bolivia, la fertilidad de los suelos ecuatorianos, su pluviosidad y temperatura, crean condiciones favorables para una agricultura diversificada en la mayor parte de la Sierra y la Costa. Estas regiones han favorecido no solamente la aparición de culturas muy antiguas, sino que albergaron a una población estimada en al menos 1,5 millones de habitantes antes de la conquista hispánica.

⁶ Josse, Carmen. “La Biodiversidad del Ecuador: Informe 2000”. Ministerio del Ambiente-Ecociencia-UICN, Quito, 2001.

A las características mencionadas se agregan sus yacimientos de petróleo, recursos pesqueros y otras reservas naturales que, con un adecuado manejo, posibilitarían la satisfacción de las necesidades humanas de una manera sustentable.

La pobreza en Ecuador tiene un carácter estructural, una incidencia masiva y presenta una significativa dificultad para reducirse, dentro de los parámetros de las estrategias de desarrollo vigentes. Las perspectivas para una reducción importante de la pobreza en el futuro próximo requieren de transformaciones profundas, tanto en las políticas sociales como también en las estructuras económicas⁷.

En la segunda mitad de la década de los 90 se observó un incremento de la pobreza y la extrema pobreza (del 39% en 1995 al 52% en 1999), debido principalmente al fenómeno hidrometeorológico “El Niño” ocurrido en 1998, a la crisis bancaria de 1999 y a la crisis financiera mundial. Como consecuencia de la crisis económica de 1999-2000, en 2000 Ecuador adoptó el dólar como moneda en sustitución del sucre.

Asimismo, se calcula que casi un millón de personas abandonaron el país en busca de mejores condiciones de vida y oportunidades económicas.

Del 2000 al 2005 hubo una reducción de la pobreza y la extrema pobreza, sin embargo el 61.5% de la población del área rural y el 67.7% de la población indígena del país era pobre o extremadamente pobre. Esta reducción de la pobreza no se asocia a transformaciones estructurales dirigidas a generar empleo y a reducir la desigualdad sino a un incremento en la inversión petrolera y a las remesas de los emigrantes⁸.

El II Informe Nacional de los Objetivos de desarrollo del Milenio del PNUD sobre Ecuador de 2007, los avances nacionales en el cumplimiento de las metas no son alentadores y habla de una década perdida en cuanto a reducción de la pobreza.

Según el Informe Anual de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas de 2010, Ecuador es un país clasificado como país en desarrollo en contraposición al grupo de países desarrollados. La posición media según el progreso del IDH en los últimos 20 años es de 72, dentro de los que hasta el 2010 se calificaban como de Desarrollo Humano Medio. En la actualidad se encuentra en el lugar 77 del segundo cuartil (del 43 al 85) denominado por la nueva clasificación de Desarrollo Humano Alto.

Ecuador parte de un valor del IDH de 0,576 en 1980 hasta alcanzar 0,695 en 2010, lo que supone una tasa promedio de crecimiento anual en los últimos 30 años del 0,62 y de 0,79 en los últimos 10 años.

En cuanto a la variación en la clasificación del IDH ha pasado de descender dos (-2) posiciones en el periodo 2005-2010, a subir una de 2009 a 2010. Ecuador experimentó el empobrecimiento más acelerado en la historia de América Latina y el número de pobres se duplicó en el mismo periodo. La población de Ecuador bajo la línea de pobreza de ingresos (con un poder adquisitivo inferior a US\$1,25) es del 4.7%.

⁷ PNUD. 2001. Informe sobre Desarrollo Humano 2001.

⁸ Estrategia de Cooperación de País de la OPS/OMS en Ecuador, Periodo 2010-2014. WDC, septiembre 2009.

Ecuador se ubica entre los países con mayor grado de concentración del ingreso. Según un estudio de trece países de América Latina realizado por el BID, Ecuador era, hacia 1995, el tercer país más inequitativo en la región después de Brasil y Paraguay. Dado que América Latina es la región con mayor desigualdad del ingreso en el mundo, Ecuador sería uno de los países más inequitativos del globo. Pero no solo que la sociedad ecuatoriana se caracteriza por graves desigualdades en la distribución de la riqueza y el ingreso, sino que éstas aumentaron durante la última década. La crisis económica y el estancamiento del desarrollo social de los años 1990 además de reducir los ingresos y la capacidad de consumo de los hogares exacerbaron las desigualdades entre ellos⁹.

La crisis actual de los llamados países del primer mundo se evidencia, si cabe con más fuerza, en los países del Sur. Ante ello, Ecuador pretende responder con una nueva visión pos neoliberal, enfocada a no afectar a los sectores más pobres, diseñando y aplicado políticas para blindarse frente a la crisis, políticas de corto plazo para enfrentarla y políticas de mediano y largo plazo para promover un modo de generación de riqueza distinto.

Desde 2006 el nuevo gobierno está realizando un gran esfuerzo para recuperar el papel del Estado como garante de derechos, lo que exige la puesta en marcha de una estrategia de desarrollo con una perspectiva de largo plazo.

La estrategia, “hacia un nuevo modo de generación de riqueza y re-distribución para el Buen Vivir”, que propone el Gobierno de la Revolución Ciudadana, al amparo de la Constitución de 2008, está recogida en el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013.

1.4. Política Nacional de Salud en Ecuador

En la década de los 90 Ecuador fluctuó entre una etapa de libertad absoluta de mercado propugnada por las corrientes neoliberales, donde la salud era un bien más que se podía comprar y vender, y la Ley de Descentralización de 1997, que estableció para el caso de la salud la transferencia de bienes, recursos y responsabilidades a los municipios.

La Declaración de Quito de 2002 y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud de 2002, reconocen la salud como un derecho fundamental de la población ecuatoriana y que el Sistema Nacional de Salud tiene como finalidad garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.

En 2003 se expide el Reglamento de La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y en 2004 se realizó el II Congreso Nacional por la Salud y la Vida que culminó con la Declaración de Guayaquil. Entre los más importantes acuerdos y compromisos adoptados está “equilibrar la capacidad resolutive de los servicios de mediana y alta complejidad con los de baja complejidad, poniendo el mayor énfasis en las actividades de promoción y prevención de la atención primaria de salud, el enfoque intercultural,

⁹ Fuente: “Informe sobre el Desarrollo Humano 2010” elaborado por el PNUD (http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_ES_Tables_reprint.pdf)

familiar y de promoción de la salud”, apoyar la conformación y funcionamiento de los Consejos Provinciales y Cantonales de Salud y organizar las Veedurías Ciudadanas en salud.

La mayoría de retos que enfrenta el sistema de salud ecuatoriano no son diferentes a los que enfrentan otros países de Latinoamérica: el aumento de los costos en salud, el envejecimiento de la población, el cambio de perfil epidemiológico, el modelo de atención centrado en la curación, los cambios culturales y sociales de los usuarios del sistema, entre otros. Según la OPS/OMS¹⁰, los sistemas de salud de la región se basaron en modelos occidentales de protección social, pero orientados a estratos específicos de la población, lo que obligó al establecimiento de subsistemas no integrados, incrementando la fragmentación y segmentación del sector. En Ecuador existe una variedad de unidades no integradas en la red de servicios de salud, a lo que se suma el hecho de que coexisten subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud.

El sistema de provisión de los servicios de salud de Ecuador se caracteriza por la fragmentación, ya que no existe coordinación entre actores ni separación de funciones entre subsistemas, y cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria con acceso a servicios diferenciados. Cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento propio.

El subsector público está conformado por los servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Seguro Social Campesino (IESS-SSC), El Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas (ISSFA), el Instituto de Seguridad de la Policía Nacional (ISSPOL) y los servicios de salud de algunos municipios. La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana son entes privados que actúan dentro del sector público.

Esta situación ha generado la necesidad de reforma y la construcción de un nuevo modelo de salud integrado, que se enfrenta a grandes desafíos debido a la escasa inversión estatal durante los gobiernos anteriores, la fragmentación anteriormente mencionada, la insuficiente cobertura y la baja calidad de los servicios de salud.

La Constitución de 1998 disponía que “el Estado organizará un Sistema Nacional de Salud que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector”. Algunas regulaciones como la Ley Reformatoria de la Maternidad Gratuita y de atención a la Infancia de 1998 caminaron hacia la universalización de coberturas relacionadas con la salud materno infantil.

La Constitución de 2008 establece el marco jurídico-legal para instituir el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en el que se incluye la salud. Los textos constitucionales establecen que la salud es un derecho y señalan las características del sistema nacional de salud que funcionará dentro de principios de universalidad y equidad, con una red pública integral de salud y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional. En este sentido, los artículos de la nueva Constitución favorecen la reforma

¹⁰ OPS/OMS, “Salud en las Américas” Vol. I-Regional. Washington DC, 2007.

del sector, que en el país ha tomado el nombre de Transformación Sectorial de Salud del Ecuador (TSSE)¹¹.

Las principales referencias a la salud en la Constitución de 2008 se encuentran en los siguientes artículos:

- Art. 32. Garantiza el derecho a la salud, su vínculo con las condiciones sociales y ambientales del desarrollo, la garantía de accesos sin exclusión a programas, acciones y servicios integrales.
- Art. 359. El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.
- Art. 360. El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.
- Art. 361. El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, y será responsable de formular la política nacional de salud y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.
- Art. 362. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

La máxima autoridad sanitaria es el Ministerio de Salud Pública (MSP), cuya orientación actual camina hacia un Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) a nivel Familiar, Comunitario e Intercultural, en el marco de una Estrategia de Atención Primaria de Salud y algunas reflexiones sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

No se pretende una reforma más del sistema sanitario de las tantas que se han realizado en los últimos años, sino que se aspira a un cambio verdadero, más radical y profundo con soluciones integrales.

Para poner en pie este modelo se crearon los Equipos Básicos de Salud (EBAS) con la finalidad de fortalecer el primer nivel de atención de salud. Los EBAS estaban conformados por médico/a familiar y/o médico/a general, enfermero/a y/o odontólogo/a, auxiliar enfermería y; obstetrix, promotor/a comunitario/a, según el tamaño de la población. Este equipo ha de realizar actividades integrales preventivas y curativas, para

¹¹ Estrategia de Cooperación país de la OPS/OMS en Ecuador, periodo 2010-2014. WDC, septiembre 2009

de acuerdo a cada diagnóstico establecer estrategias apropiadas o derivar los problemas de mayor complejidad.

Los EBAS se encuentran en diversas comunidades del país, especialmente en el sector rural, realizando un análisis situacional de la salud de la población asignada, desplazándose a cada uno de los hogares para efectuar una evaluación a los miembros de las familias y elaborar una ficha familiar. El tipo de información que recogen sirve para que los subcentros y áreas de salud de cada provincia del país, tengan información de primera mano respecto a la salud de cada uno de los habitantes.

Los grupos EBAS están distribuidos un equipo por cada 1.000 familias a nivel urbano y 600 familias a nivel rural y han llegado a lugares muy alejados donde el sistema de salud no llegaba porque no contaba ni con infraestructuras ni con personal. El objetivo principal de este grupo de trabajo es buscar soluciones a los problemas de desigualdad e inequidad en la atención y promoción de la salud, desigualdades de género, generacional, social, cultural, y étnica, generadoras de enfermedades prevenibles.

El MAIS es un modelo muy ambicioso, que propone cambios muy importantes en cuanto a la calidad y de respeto a la diversidad, tanto de los sistemas médicos existentes como de saberes ancestrales y práctica en salud de los pueblos originarios de Ecuador. Pero se trata de un proceso que va a implementarse por pasos ya que el sistema aún no tiene capacidad para dar atención a toda la población. Por ejemplo, las consultas son gratuitas pero es frecuente que no se disponga de medicamentos y que el paciente tenga que adquirirlo por su cuenta en las farmacias.

La Constitución de 2008 favorece el reconocimiento de derechos de los pueblos indígenas, incluido su derecho a la salud. Este reconocimiento conlleva revisar el enfoque tradicional de la salud pública que no diferenciaba a la población y que pretendía imponer un modelo homogéneo basado en un solo paradigma de la medicina.

A diferencia de la medicina occidental, la cosmovisión indígena andina privilegia un enfoque integral, comunitario y no individual para atender la salud.

Se ha priorizado la promoción de la salud, la cuestión es que se trabaja sobre una estructura sanitaria de un modelo anterior pero con una filosofía diferente.

Estas transformaciones están generando muchas esperanzas en la población pero los efectos aún no son tan palpables como fuera deseado, prueba de ello es que el Gobierno ha decretado el estado de emergencia sanitaria de forma concatenada desde enero de 2011 para absorber la creciente demanda de la población enferma.

Además hay otro proceso transversal que está afectando a todos los sectores, la descentralización. El Estado va a continuar liderando las políticas, el sistema departamental va a elaborar las normativas, pero quienes ya tienen competencias y mayor peso son los municipios, que serán los que tengan que ir concretando las políticas y estrategias nacionales.

Para el nuevo modelo de salud se insiste en la gestión participativa y para ello se ha de reforzar la participación ciudadana a partir de una política pública de participación

ciudadana en salud que incluya procesos de formación, capacitación y concienciación, de tal forma que la ciudadanía esté capacitada para demandar rendición de cuentas a las autoridades del Sistema Nacional de Salud. No obstante la participación en salud sigue siendo escasa y con frecuencia ligada a intereses partidistas. A pesar de ello, existen algunos ejemplos consolidados de participación, que constituyen experiencias a fomentar como los Consejos Cantonales de Salud y las Veedurías Ciudadanas.

Lo que no cabe duda es que la construcción de un sistema nacional de salud integrado requiere de cambios profundos que demandan de voluntad política y de la participación de todos los actores en salud del país.

1.5. Proyectos objeto de la investigación

La Cooperación Internacional para el Desarrollo en la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha comenzó a dar sus primeros pasos en 1983. Durante una década tuvo un carácter excepcional y esporádico, consistiendo en la financiación de actuaciones puntuales en países desfavorecidos. Es a partir de 1993, con un presupuesto aprobado por las Cortes de Castilla-La Mancha de 300.506,05 €, cuando se entiende que, de un modo regular, comienza la Cooperación Oficial descentralizada en la Comunidad¹².

El año 1994 cobra especial relevancia para la Cooperación Castellano- Manchega, ya que las Cortes de Castilla-La Mancha acuerdan por unanimidad destinar el 0,7% de los ingresos propios de la Junta de Comunidades a la Ayuda Oficial al Desarrollo, dando respuesta así a una demanda profundamente afianzada entre las ONGD de la Región. Este compromiso se mantuvo a lo largo de los años situando a Castilla-La Mancha entre las Regiones más solidarias de España.

El año 1995 supuso un avance importante en Castilla-La Mancha, ya que se aprobó la Ley 5/1995 de 23 de marzo de Solidaridad en Castilla-La Mancha, cuyo Título IV está dedicado a la Solidaridad Internacional, marco que supuso la consolidación del Programa de Cooperación Internacional. En la citada Ley se recogen los principios orientadores del Programa de Cooperación:

1. Apoyar la realización de proyectos que permitan satisfacer las necesidades básicas de la ciudadanía de los países más desfavorecidos promoviendo actuaciones integrales y de desarrollo socioeconómico.
2. Contribuir a la disminución de las injusticias sociales y al restablecimiento de los Derechos Humanos sin que ello suponga injerencia en sus asuntos internos.
3. Procurar que los proyectos subvencionados conlleven implicación económica que permitan la cofinanciación.
4. Potenciar el desarrollo endógeno de los países a los que va dirigida la ayuda.

En el año 2003 se aprueba la Ley 3/2003, de 13 de febrero, de Cooperación Internacional para el Desarrollo de Castilla-La Mancha. Esta norma recoge el

¹² Plan Estratégico de Cooperación para el Desarrollo de Castilla-La Mancha “Horizonte 2011”.

conglomerado de principios, actores y modalidades de la Cooperación, contemplando tanto la cooperación indirecta, a través de las ONGD, como la directa.

Desde 1993 hasta el año 2009 la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha ha destinado a distintas acciones y proyectos de cooperación al desarrollo un monto total que asciende a 289.225.647,41 €¹³.

América del Sur es la región prioritaria geográficamente de la Cooperación Castellano-Manchega donde se concentra el mayor número de los proyectos de cooperación, sobre todo en Bolivia y Perú, pero también en Colombia y Ecuador.

Respecto al ámbito geográfico, la investigación se focaliza en Ecuador, país priorizado por la Cooperación Castellano-Manchega y dónde se han financiado proyectos desde 1995.

En Ecuador se han subvencionado 82 intervenciones por un monto total de 11.852.094,28 € (Anexo 1) de las cuales:

- 73 son proyectos de cooperación para el desarrollo, en los que se han subvencionado 10.892.826 €.
- 9 son acciones humanitarias y ayudas de emergencia, en las que se han subvencionado 959.269 €.

Las acciones humanitarias y de emergencia subvencionadas se destinaron principalmente a mitigar los efectos causados tanto por erupciones volcánicas como por deslizamientos de tierra como consecuencia de fuertes lluvias.

Los proyectos de cooperación para el desarrollo abarcan un amplio abanico de sectores entre los que destaca el sector de la educación y abastecimiento de agua potable y saneamiento básico, entre otros.

En cuanto al ámbito sectorial, se investiga el sector de la salud, considerando proyectos de este sector única y exclusivamente aquellos que así están clasificados en las memorias del Servicio de Cooperación y Voluntariado de la JCCM como de salud.

Estos proyectos, no siendo especialmente significativos en cuanto a número de intervenciones ni cuantía total subvencionada (12 proyectos por un monto total de 2.002.730,29 €), suponen un modelo de apoyo continuado en el tiempo, centrado básicamente en dos ONGD, cuyo análisis puede arrojar algo de luz sobre la Cooperación Castellano-Manchega en el sector de la salud en el país, que recientemente ha sido excluido del Marco de Asociación entre Ecuador y España para el periodo 2011-2013.

Respecto al horizonte temporal, el periodo de tiempo abordado incluye los años comprendidos en el periodo 2004-2008 o lo que es lo mismo, desde el 2004 puesto que en las convocatorias posteriores a 2008 no han obtenido financiación proyectos destinados a salud en Ecuador.

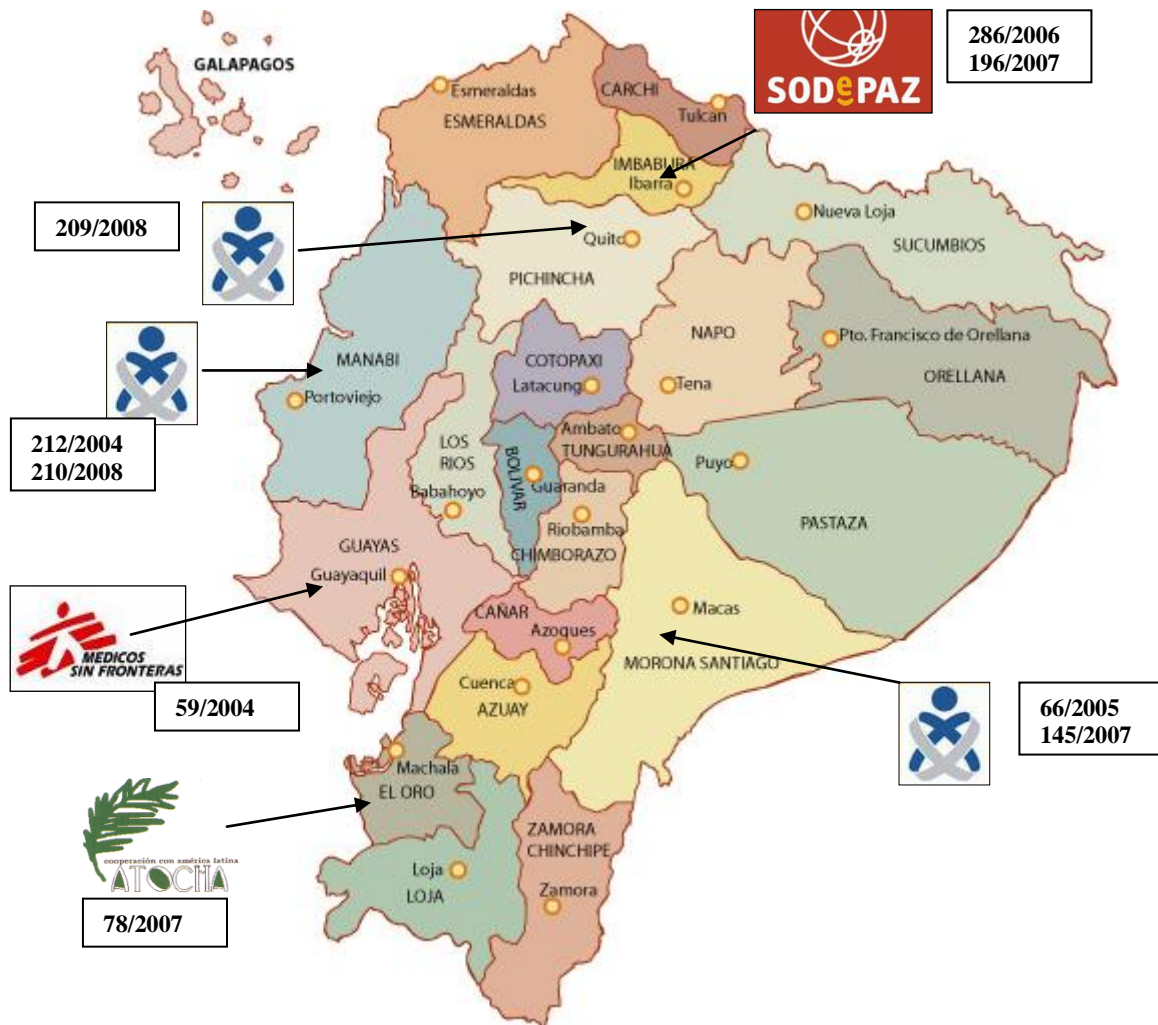
¹³ Fuente: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Servicio de Cooperación, Migración y Voluntariado, Consejería de Bienestar Social. Memoria 2009.

Los 3 proyectos anteriores al 2004 no han sido incluidos en la investigación por ser proyectos que se ejecutaron hace demasiado tiempo.

Los proyectos subvencionados por la JCCM en Ecuador, en el sector salud, han sido los siguientes:

AÑO	Nº EXP.	ONGD	TÍTULO PROYECTO	IMPORTE SUBVENCIÓN
1996	99	CRUZ ROJA ESPAÑOLA	AMPLIACIÓN Y MEJORA DE LA COBERTURA SANITARIA PARA POBLACIÓN URBANA	165.879,34 €
2000	26	MANOS UNIDAS COMITÉ CATÓLICO DE LA CAMPAÑA CONTRA EL HAMBRE EN EL MUNDO	DOTACIÓN DE AGUA POTABLE PARA LA COMUNIDAD PISAMBILLA	96.161,94 €
2002	51	MISIÓN AMÉRICA	CREACIÓN DE TRES PUESTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA LA COMUNIDAD MARGINAL DEL CANTÓN LA LIBERTAD	26.399,01 €
2004	59	MÉDICOS SIN FRONTERAS	LA ATENCIÓN INTEGRAL, UN DERECHO PARA LAS PVVS, M.S.F. ACERCANDO LA TEORÍA A LA PRÁCTICA EN GUAYAQUIL	150.000,00 €
2004	212	FUNDACIÓN SALUD Y SOCIEDAD	CONSTRUCCIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE 17 CASAS DE SALUD COMUNITARIAS EN LA PROVINCIA DE MANABÍ	85.700,00 €
2005	066	FUNDACIÓN SALUD Y SOCIEDAD	PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ZONA ACHUAR Y EN EL VALLE DE UPANO. PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO	224.646,00 €
2006	286	SOLIDARIDAD PARA EL DESARROLLO Y LA PAZ. SODePAZ	HACIA LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD. APOYO AL PLAN CANTONAL DE SALUD DE COTACACHI	222.958,00 €
2007	078	COOPERACIÓN CON AMÉRICA LATINA (ATOCHA)	AMPLIACIÓN DEL SERVICIO COMUNITARIO DE SALUD MEDIANTE LA ADQUISICIÓN, INSTALACIÓN Y MANEJO DE UN APARATO DE ECOGRAFÍA	28.359,00 €
2007	145	FUNDACIÓN SALUD Y SOCIEDAD	PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ZONA ACHUAR Y EN EL VALLE DE LUPANO. II FASE PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO	292.566,00 €
2007	196	SOLIDARIDAD PARA EL DESARROLLO Y LA PAZ. SODePAZ	EQUIPAMIENTO Y MEJORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL DISTRITO DE EL CHONTAL (MANDURIACOS, COTACACHI). FASE II DEL PROGRAMA "HACIA LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD: APOYO AL PLAN CANTONAL DE SALUD DE COTACACHI".	135.165,00 €
2008	209	FUNDACIÓN SALUD Y SOCIEDAD	SUMAK KAWSAY: FORTALECIMIENTO DE LA RED CANTONAL DE SALUD DEL CANTÓN CAYAMBE DESDE UN ENFOQUE INTERCULTURAL. PROVINCIA DE PICHINCHA	312.407,00 €
2008	210	FUNDACIÓN SALUD Y SOCIEDAD	MANABÍ SALUDABLE: CON LA COMUNIDAD FORTALECIENDO EL SISTEMA DE SALUD RURAL	262.489,00 €
TOTAL				2.002.730,29 €

LOCALIZACIÓN DE LOS PROYECTOS SUBVENCIONADOS POR LA JCCM EN EL SECTOR SALUD DESDE EL AÑO 2004



Mapa 2. Localización proyectos subvencionados por la JCCM en el sector salud (2004-2008)

MÉDICOS SIN FRONTERAS

Título del proyecto	“LA ATENCIÓN INTEGRAL, UN DERECHO PARA LAS PVVS, M.S.F. ACERCANDO LA TEORÍA A LA PRÁCTICA EN GUAYAQUIL” (Exp.59/ 2004)
Cuantía subvencionada	150.000 €.
Localización	Provincia de Guayas, ciudad de Guayaquil.
Contraparte local	Dirección General de Salud, Dirección del Programa Nacional del SIDA, Ministerio de Salud Pública.
Periodo de ejecución	Del 1 de julio de 2004 al 30 de junio de 2005
Finalidad	Mejorar la atención a pacientes que viven con VIH/SIDA en Guayaquil través de la facilitación del acceso a medicamentos retrovirales y a medios de diagnóstico, de capacitación del personal de salud, de la prevención de la transmisión vertical (madre-hijo) y del desarrollo de mecanismos de presión y defensa de derechos.
Beneficiarios directos	Aproximadamente 1.770 pacientes, 530 de ellos en tratamiento antirretrovirales.
Continuidad de trabajo en el país y/o zona de intervención	Una vez que Médicos sin Fronteras finalizó este Programa en 2005, dejó de intervenir en Ecuador y no ha vuelto a ejecutar ningún proyecto hasta la fecha.

Título del proyecto	“AMPLIACIÓN DEL SERVICIO COMUNITARIO DE SALUD MEDIANTE LA ADQUISICIÓN, INSTALACIÓN MANEJO DE UN APARATO DE ECOGRAFÍA” (Exp. 78/2007)
Cuantía subvencionada	28.359 €.
Localización	Provincia de El Oro, Cantón de El Pasaje, en el dispensario comunitario “Virgen de Chilla-2” del barrio de La Pileta.
Contraparte local	Parroquia Eclesiástica de Pasaje, Comisión Cantonal de Pastoral Social.
Periodo de ejecución	Del 5 de septiembre de 2007 del 5 de marzo de 2008
Finalidad	Ampliar el servicio del área de salud con la compra e instalación de un aparato ecógrafo en el Dispensario “Virgen de Chilla-2” que la Pastoral Social tiene en Pasaje, para la realización de pruebas diagnósticas. El proyecto incluye la capacitación del profesional médico que utilizará el aparato.
Beneficiarios directos	Todos los habitantes del Cantón de Pasaje en general (ciudad y pueblos de la administración cantonal y aledaños) aproximadamente 76.935 habitantes.
Continuidad de trabajo en el país y/o zona de intervención	Desde su origen los principales focos de atención de "ATOCHA" son las poblaciones pobres de Pasaje (Ecuador) y Medellín (Colombia), por lo continúan apoyando a la Pastoral Social y ejecutando proyectos en la misma línea.

FUNDACIÓN SALUD Y SOCIEDAD. ENFERMERAS PARA EL MUNDO

MANABÍ

Título del proyecto	“CONSTRUCCIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE 17 CASAS DE SALUD COMUNITARIAS EN LA PROVINCIA DE MANABÍ” (Exp. 212/2004)
Cuantía subvencionada	85.700 €
Localización	Provincia de Manabí, 14 localidades
Contraparte local	La Fundación Santa Marta, de la organización de Mujeres Santa Marta
Periodo de ejecución	Del 1 de octubre de 2004 al 30 de junio de 2005
Finalidad	Disminuir la morbilidad y la mortalidad por causas prevenibles de la población rural de Manabí a través de la construcción de 14 casas de salud comunitaria (puntos para la atención primaria de salud en zonas rurales) en la provincia de Manabí. Aborda también su equipamiento y el seguimiento de su puesta en marcha, proporcionando la capacitación necesaria a los promotores y promotoras de salud responsables de cada una de ellas y los medios necesarios para la dotación de botiquines comunitarios.
Beneficiarios directos	Aproximadamente 4.300 habitantes.
Continuidad de trabajo en el país y/o zona de intervención	A partir de esta experiencia continuaron trabajando en Ecuador, colaborando con la Organización de Mujeres de Santa Marta en la misma zona de trabajo y en la convocatoria de la JCCM de 2008 obtuvieron financiación para otro proyecto de cooperación para el desarrollo.

Título del proyecto	“MANABÍ SALUDABLE: CON LA COMUNIDAD FORTALECIENDO EL SISTEMA DE SALUD RURAL” (EXP. 210/2008)
Cuantía subvencionada	262.489 €
Localización	Provincia de Manabí, 50 comunidades rurales
Contraparte local	La Fundación Santa Marta, de la organización de Mujeres Santa Marta
Periodo de ejecución	Del 19 de enero de 2009 al 19 de marzo de 2011
Finalidad	Disminuir la morbilidad y la mortalidad por causas prevenibles de la población rural de Manabí a través del fortalecimiento del sistema de salud con participación comunitaria. Las líneas principales son formación de promotores comunitarios de salud, un sistema de vigilancia epidemiológica, un programa de educación para la salud, formación de comités de salud y botiquines comunitarios.
Beneficiarios directos	100 promotores de salud, 250 miembros de comités de salud, y del programa de acceso a medicamentos a través de los botiquines rurales 14.150 personas.
Continuidad de trabajo en el país y/o zona de intervención	Enfermeras para el Mundo sigue trabajando en Ecuador con la Fundación Santa Marta a través de programas de voluntarios/as españoles/as y otras actividades pero miembros de la Fundación se constituyeron en una ONGD española, siendo esta la entidad de referencia en España.

FUNDACIÓN SALUD Y SOCIEDAD. ENFERMERAS PARA EL MUNDO

MORONA SANTIAGO

Título del proyecto	“PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ZONA ACHUAR Y EN EL VALLE DE LUPANO. II FASE PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO” (año 66/2005)
Cuantía subvencionada	224.646 €
Localización	Provincia de Morona Santiago, Cantones Taisha y Morona, Parroquias de Huasaga, Sevilla Don Bosco, Sinaí y General Proaño y Municipio de Macas.
Contraparte local	Fundación Chankuap Recursos para el Futuro
Periodo de ejecución	Del 10 de noviembre de 2005 al 10 de noviembre de 2007
Finalidad	Contribuir a la mejora de la salud de las comunidades indígenas mediante actividades de prevención, capacitación, formación en salud, jornadas de vacunación y desparasitación, dotación de botiquines comunitarios y la difusión de un programa radial.
Beneficiarios directos	30 promotores indígenas achuar (30 hombres), 8 promotores/as de salud indígenas achuar y colono-mestizos, 80 padres y madres, 95 niños y niñas en Macas, 1.500 niños y niñas vacunados/as y desparasitados/as y 4.701 oyentes (10% de la población total de los 2 Cantones).
Continuidad de trabajo en el país y/o zona de intervención	La colaboración entre las dos entidades data del año 2003 con los primeros contactos entre EPM y la congregación salesiana D. Bosco de Ecuador. A partir de esta experiencia continuaron trabajando en Ecuador, colaborando con la Fundación Chankuap en la misma zona de trabajo y en la convocatoria de la JCCM de 2007 obtuvieron financiación para la segunda fase de este proyecto.

Título del proyecto	“PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ZONA ACHUAR Y EN EL VALLE DE LUPANO. II FASE PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO” (Exp. 145/2007)
Cuantía subvencionada	292.566 €
Localización	Provincia de Morona Santiago, Cantones Taisha y Morona, Parroquias de Huasaga y Sevilla Don Bosco y Municipio de Macas.
Contraparte local	Fundación Chankuap Recursos para el Futuro
Periodo de ejecución	Del 5 de septiembre de 2007 al 31 de diciembre de 2009.
Finalidad	Profundizar de la estrategia de promoción de salud emprendida en la zona en 2005, mediante la primera fase. A pesar de la evolución positiva, se considera necesario poder confirmar este proceso, reformándolo y añadiendo algunos elementos novedosos para asegurar la sostenibilidad.
Beneficiarios directos	Achuar: 45 hombres promotores indígenas, 630 padres/madres, 220 niños/as y 2.000 oyentes de radio. Ashuar: 12 hombres promotores indígenas, 140 padres/madres, 100 niños/as y 1250 escolares En Macas: 150 niños/niñas y 50 padres/madres.
Continuidad de trabajo en el país y/o zona de intervención	Este proyecto fue continuidad del anterior para poder profundizar en la estrategia de salud emprendida en la zona en la primera fase. Las dificultades logísticas para acceder a esta zona amazónica tan aislada dificultan la continuidad. No obstante EPM está ejecutando Un programa con AECD de formación en salud e interculturalidad destinado a personal sanitario con intención de llegar a esta zona.

FUNDACIÓN SALUD Y SOCIEDAD. ENFERMERAS PARA EL MUNDO

CAYAMBE

Título del proyecto	“SUMAK KAWSAY: FORTALECIMIENTO DE LA RED CANTONAL DE SALUD DEL CANTÓN CAYAMBE DESDE UN ENFOQUE INTERCULTURAL. PROVINCIA DE PICHINCHA”. (Exp. 209/2008)
Cuantía subvencionada	312.407 €
Localización	Provincia de Pichincha, Cantón de Cayambe, 54 comunidades rurales.
Contraparte local	Fundación Casa Campesina Cayambe
Periodo de ejecución	Del 19 de enero de 2008 al 17 de abril de 2011
Finalidad	Mejorar el acceso de la población de las comunidades rurales del Cantón Cayambe a servicios de calidad e través de una red cantonal de salud consolidada; una cobertura suficiente de servicios de salud para la población de las comunidades y una mayor participación ciudadana en materia de salud. Estos 3 resultados comprenden 3 componentes importantes: formación del personal de salud, fortalecimiento de la red de salud y participación comunitaria.
Beneficiarios directos	39 parteras comunitarias, 10 profesionales de instituciones públicas y privadas de salud y se atendió aproximadamente a 11.812 personas, la mayoría población indígena.
Continuidad de trabajo en el país y/o zona de intervención	EPM lleva trabajando con la Casa Campesina Cayambe en esta zona desde el 2005, actualmente mantiene acciones de voluntariado internacional y tiene un compromiso de continuidad de proyectos de cooperación de fortalecimiento del sistema de salud.

SOLIDARIDAD PARA EL DESARROLLO Y LA PAZ. SODEPAZ

Título del proyecto	“HACIA LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD. APOYO AL PLAN CANTONAL DE SALUD DE COTACACHI” (Exp. 286/2006)
Cuantía subvencionada	222.958 €.
Localización	Provincia Imbabura, Cantón Cotacachi, en las parroquias de Apuela y García Moreno.
Contraparte local	Consejo Intersectorial de Salud-CIS.
Periodo de ejecución	Del 15 de octubre de 2006 al 15 de abril de 2009
Finalidad	Mejorar las infraestructuras y capacidad de personal sanitario en el cantón de Cotacachi (parroquias de Apuela y García Moreno), mediante la reconstrucción de un puesto de salud, compra de equipamiento médico y contratación de personal sanitario de cara a reforzar los puestos de salud. También mediante la realización de actividades de sensibilización y educación sanitaria entre la población en general.
Beneficiarios directos	1.915 habitantes de Apuela y 4.696 habitantes de García Moreno.
Continuidad de trabajo en el país y/o zona de intervención	El trabajo de SODEPAZ en la zona se inició en 2002 a través de experiencias productivas. Desde entonces trabajan en la misma zona en estrecha colaboración con la ONGD española Xarxa Consum Solidari que tiene allí una expatriada permanente. En la convocatoria de la JCCM de 2007 obtuvieron financiación para la segunda fase de este proyecto.

Título del proyecto	EQUIPAMIENTO Y MEJORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL DISTRITO DE EL CHONTAL (MANDURIACOS, COTACACHI). FASE II DEL PROGRAMA "HACIA LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD: APOYO AL PLAN CANTONAL DE SALUD DE COTACACHI" (Exp. 196/2007)
Cuantía subvencionada	135.165 €.
Localización	Provincia Imbabura, Cantón Cotacachi, parroquia García Moreno, 13 comunidades del Valle de Manduriacos, especialmente en El Chontal.
Contraparte local	Consejo Intersectorial de Salud-CIS.
Periodo de ejecución	Del 1 de octubre de 2007 al 1 de octubre de 2009
Finalidad	Potenciar los servicios sanitarios en las comunidades del Valle de Manduriacos mediante la construcción de un subcentro de salud en El Chontal, suministro del equipamiento necesario, contratación de médicos especializados y ampliación de la cobertura de servicios médicos.
Beneficiarios directos	Aproximadamente 3.500 habitantes.
Continuidad de trabajo en el país y/o zona de intervención	La entidad entiende su trabajo como un proceso de acompañamiento que forma parte de un plan de apoyo integral. Actualmente está ejecutando un proyecto de fortalecimiento de la organización campesina para garantizar la soberanía alimentaria de comunidades indígenas de Cotacachi, subvencionado por la JCCM en la convocatoria 2010.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- ✘ Examinar la trayectoria de la Cooperación Castellano-Manchega en Ecuador, en el sector de la salud, durante el periodo 2004-2008, en el marco de su propia estrategia y del cumplimiento de los principios de la Declaración de París y de Eficacia de la Ayuda.
- ✘ Analizar la coordinación entre todos los actores y plantear una estrategia compartida con el fin de alcanzar resultados de desarrollo específico.
- ✘ Obtener recomendaciones respecto a la orientación de la cooperación castellano-manchega en Ecuador en el sector de la salud incorporando las lecciones aprendidas en el análisis.

3. METODOLOGÍA

El estudio se ha elaborado, en primer lugar, a partir de la revisión, análisis y sistematización de la documentación referida a los proyectos objeto de estudio.

La Dirección General competente en materia de Cooperación Internacional, a través del Servicio de Cooperación y Voluntariado facilitó todas las fuentes de información disponibles, sobre todo los expedientes con la formulación y justificación de los proyectos objeto de estudio. Se ha realizado igualmente el análisis de la normativa existente en materia de cooperación internacional para el desarrollo de C-LM así como de la estrategia de la Cooperación Española (CE) en Ecuador.

Se establecieron contactos con las personas representantes de de las ONGD objeto de estudio tanto en C-LM como en las sedes centrales y en Ecuador, en el caso de Enfermeras para el Mundo.

Durante el trabajo de campo, se ha promovido la participación de las contrapartes locales y la población beneficiaria a través de reuniones y entrevistas. También se contactó con representantes de la OTC de España en Ecuador.

Se recogieron testimonios e información de las comunidades visitadas usando instrumentos como la observación directa y las entrevistas semi-estructuradas con informantes claves.

El proceso de investigación ha contado con tres fases diferenciadas:

Fase 1. Trabajo de Estudio en España

- Revisión de documentación disponible en la sede de la Dirección General de Acción Social y Cooperación Internacional.
- Revisión de documentación relacionada con la investigación.
- Reuniones de tutoría.
- Entrevistas con los/as responsables técnicos de los proyectos de las ONGD.

- Preparación de las herramientas de la investigación.
- Preparación trabajo de campo.

Fase 2. Trabajo de Campo en Ecuador

- Visita a los proyectos de SOdePAZ.
- Visita a uno de los proyectos de Enfermeras para el Mundo.
- Reunión con la coordinadora de proyectos de Enfermeras para el Mundo.
- Visita a la OTC de España en Ecuador.
- Entrevistas a informantes clave y grupos de beneficiarios.

Fase 3. Trabajo de elaboración en España

- Trabajo de sistematización de la información recolectada.
- Elaboración del borrador del TFM.
- Presentación del borrador del TFM a la tutora.
- Elaboración definitiva documento TFM.
- Presentación del TFM en la Universidad de Castilla-La Mancha.

En todo este proceso y mediante la aplicación de diferentes herramientas metodológicas, se ha buscado información que permita comprender qué es lo que la JCCM ha apoyado en Ecuador en el sector salud, en el periodo comprendido entre 2004 y 2008 y qué resultados se han alcanzado en términos de alineamiento tanto con Ecuador como con la CE.

4. CONDICIONANTES Y LIMITACIONES

Este trabajo está condicionado por no ser sólo una alumna del Máster sino también parte del equipo técnico de la JCCM. Esto ha favorecido enormemente el acceso a la documentación de los proyectos objeto de estudio y a los informantes claves, pero tal vez haya podido influir de algún modo los procesos de interacción con ellos.

Una de las características de los proyectos objeto de la investigación es su dispersión en diferentes provincias del país, así como el difícil acceso de los proyectos ejecutados en la provincia de Morona Santiago, por encontrarse en la selva amazónica.

Así pues la principal limitación radica en la dificultad para visitar todas las intervenciones abordadas y poder obtener fuentes directas de información ya que están localizadas en 6 provincias y en comunidades muy dispersas.

Por tanto la investigación se focaliza más en identificar qué es lo que se ha hecho y por qué, que en cómo se ha hecho y qué impacto ha producido.

Esto implica que la investigación se sustente sobre todo en el análisis documental de los proyectos y para un acercamiento a la realidad abordada he optado por visitar a las zonas de intervención de los proyectos ejecutados por dos de las ONGD.

Las dos ONGD con más trayectoria de cooperación y presencia actual en el país son Fundación Salud y Sociedad, Enfermeras para el Mundo y Solidaridad para el Desarrollo y la Paz, SOdePAZ. Aunque Enfermeras para el Mundo ha ejecutado el número más elevado de proyectos, he elegido visitar in situ los proyectos de SOdePAZ aprovechando que el especialista de la ONGD en América Latina va a viajar al Cantón de Cotacachi -la zona de intervención- facilitándome los contactos con las personas implicadas en los proyectos.

Con Enfermeras para el Mundo me he entrevistado con la Coordinadora de los proyectos de la ONGD en Ecuador y he visitado el proyecto ubicado Cayambe, provincia de Pichincha.

5. RESULTADOS

Alineamiento con la estrategia de desarrollo de Ecuador

Durante el periodo analizado, los proyectos subvencionado en el sector de la salud por la JCCM en Ecuador han tenido, en términos generales, estrategias de promoción de la salud alineadas con la propia estrategia de desarrollo del país.

Si bien el primer Plan de Desarrollo con que contó el país es del periodo 2007-2010, el marco normativo del periodo objeto de estudio -2004-2008- se corresponde con la estrategia de los proyectos de fortalecimiento de la atención primaria de salud y a los procesos de descentralización de la salud. Hay que decir que no siempre se han utilizado las instituciones y los sistemas nacionales de salud pero se ha trabajado con instituciones de reconocida finalidad social, que a su vez apoyan la labor del Ministerio de Salud allá donde en esos momentos no se llegaba.

Estos proyectos que consiguieron financiación de la JCCM en concurrencia competitiva con otros muchos, pasaron por una baremación en la que fue tomada en cuenta, entre otros aspectos, si el proyecto se justificaba respecto a las necesidades y prioridades de desarrollo del país y de la zona dónde se pretendía implementar. El alto grado de cumplimiento de los proyectos objeto de la investigación respecto a esta cualidad demuestra lo importante que es la alineación con las estrategias de desarrollo del país.

Las estrategias apoyadas con los proyectos del sector salud del periodo analizado han sido:

- Formación del personal de salud centrada en la promoción de la salud, con base en la atención primaria de salud, familiar y comunitaria.
- Fortalecimiento del sistema de salud con enfoque intercultural.
- Apoyo al proceso de descentralización de la salud con participación activa de las organizaciones de base territorial.
- Apoyo a la cobertura de programas nacionales de atención a personas que viven con VIH/SIDA, a través del acceso a medicamentos retrovirales y la capacitación del personal de salud para el abordaje de la enfermedad.

- Dotación de infraestructuras y equipamiento sanitario para un mayor acceso a los servicios sanitarios de la población más desfavorecida y/o donde no ha podido llegar la inversión pública.

En la actualidad, el Gobierno Ecuatoriano cuenta con un Sistema de Cooperación Internacional referente para toda la ayuda al desarrollo que se destina al país. Cuenta para ello con la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) con la misión de “administrar y coordinar el Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa como un medio de desarrollo integral del país a nivel sectorial y territorial, estableciendo objetivos y políticas estratégicas, sustentadas en procesos de información, investigación, capacitación, seguimiento y evaluación; orientando la inversión pública; y, promoviendo la democratización del Estado, a través de una activa participación ciudadana, que contribuya a una gestión pública transparente y eficiente”¹⁴.

Además la Secretaría Técnica de Cooperación Internacional (SETECI) es la responsable de la gestión de la cooperación internacional en el país y pertenece al Sistema Ecuatoriano de Cooperación Internacional (SECI). Es una entidad pública desconcentrada, con gestión técnica, administrativa y financiera propias, adscrita al Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio e Integración a partir del 5 de julio de 2011 por decreto presidencial.

La Secretaría coordina la cooperación internacional de gobierno a gobierno. Para ello, realiza procesos de seguimiento y continuidad de los compromisos adquiridos.

Es responsable de la negociación de recursos de la cooperación, el seguimiento a las acciones y recopila un sistema de información, seguimiento y evaluación de la cooperación internacional que permite que el país cuente con un banco de datos de la cooperación internacional y sus respectivos proyectos en ejecución. Éstos son una georeferencia que permite el cruce de indicadores para el seguimiento de los proyectos y metas mediante este sistema de acceso público y gratuito; logrando de esta manera la transparencia de la información y la rendición de cuentas. Además, contiene la sistematización de las experiencias y el apoyo de la cooperación para el desarrollo y evalúa el impacto de la cooperación en el país.

Desde principios de 2009 organiza Mesas de Coordinación de Cooperación Internacional, y a finales del 2009 se realizó un ejercicio de evaluación a través de una encuesta a los cooperantes, con una valoración positiva y un deseo de continuidad.

Por otra parte, en aplicación del Código de Conducta sobre Complementariedad y División del Trabajo de la Unión Europea, se crearon 8 plataformas temáticas de coordinación, entre ellas la de salud, aunque -según manifestaciones de una de las cooperantes entrevistadas- el nivel de actividad es muy bajo.

La planificación zonal del territorio por regiones también proporciona herramientas para la coordinación sectorial y la alineación de estrategias de la cooperación internacional.

¹⁴ Estatuto Orgánico de Senplades, diciembre 2010

Así mismo la Dirección de Gestión de Información Socio-Económica del Sector Social del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social cuenta con un Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), como instrumento técnico y como servicio de información que reúne las estadísticas sociales disponibles en el país, con bases de datos y actualizaciones de indicadores muy útiles para establecer criterios y prioridades.

El Gobierno ecuatoriano revisó y ajustó el Primer Plan Nacional de Desarrollo al nuevo periodo presidencial dando lugar al PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR 2009-2013 y construyó la Estrategia de Desarrollo Endógeno 2009-2025. Esta última, profundiza el cambio hacia un modelo de desarrollo endógeno de largo plazo y propone una inserción estratégica en el sistema mundo, buscando pasar de una economía primaria exportadora a una terciaria exportadora de bio-conocimiento y turismo, la equidad territorial y el acceso universal de la población ecuatoriana a recursos, bienes y servicios públicos de calidad¹⁵. El actual PNBV recoge y busca concretar las revoluciones delineadas por la “Revolución Ciudadana” como propuesta de cambio del actual gobierno ecuatoriano.

Si bien hay muchas partes del Plan que se relacionan con la salud, los objetivos que mayor relación guardan con el modelo integral de salud son:

Objetivo 2

Política 2.1 Asegurar alimentación sana nutritiva y natural, con productos del medio.

Objetivo 3

Política 3.1 Promover prácticas de vida saludable.

Política 3.2 Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.

Política 3.3. Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.

Por todo ello, en la actualidad se cuenta con estrategias, instituciones y herramientas que constituyen una oportunidad de alineamiento que no podemos obviar en pos de la eficacia de la ayuda como países firmantes de la Declaración de París.

Alineamiento con la Cooperación Española

El Convenio Básico de Cooperación Técnica entre Ecuador y España de 1971 es el primer instrumento de cooperación bilateral en materia de cooperación para el desarrollo entre ambos países. En 1987, se abre la Oficina Técnica de la Cooperación Española en la ciudad de Quito. Desde entonces, la Cooperación Española en Ecuador ha sido una prioridad, así como el sector salud.

Respecto al periodo de tiempo analizado dos son los documentos de referencia que recogen la estrategia de la CE en Ecuador: el Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008 y el Documento Estrategia País (DEP) 2005-2008.

¹⁵ SENPLADES, Estrategia de Desarrollo Endógeno 2009-2025. Quito, julio 2009.

En el Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008, la salud ocupó un lugar relevante entre las prioridades sectoriales, entendiéndose como un derecho fundamental del ser humano y condición clave para una vida digna. Su contenido apostó por la coordinación y complementariedad entre actores nacionales e internacionales, así como por la coherencia de políticas. Se priorizó la Atención Primaria de Salud (APS), junto con el fortalecimiento de los sistemas de atención pública en salud que también es considerado objetivo prioritario, enfatizando la reducción de la mortalidad materna e infantil, y las enfermedades prevenibles y olvidadas.

Según el DEP 2005-2008, Ecuador recibe un importante volumen de recursos de la cooperación encontrándose España entre los siete donantes más importantes, pero esta cooperación ha adolecido de dos limitaciones: el bajo nivel de coordinación y armonización entre los donantes y la poca capacidad de coordinación del Gobierno¹⁶.

El DEP 2005-2008 recoge un diagnóstico de Ecuador según el cual el país estaba afectado por una recurrente inestabilidad política, por problemas de pobreza y deterioro del capital humano, que incidían negativamente en una eficaz estrategia de desarrollo humano y lucha contra la pobreza.

En materia de salud, sólo el 35% de la población tenía cobertura y acceso a los servicios. La prevalencia de las enfermedades infecto-contagiosas en menores de cinco años era del 42.3%. Unicef calculó en 21.000 personas las afectadas por VIH/sida hasta el año 2003 estando los programas de salud y de mejoramiento de las de la infraestructura cubiertos por el Estado sólo en un 24%. Además El 67% de los niños y niñas menores de cinco años residentes en zonas rurales sufrían desnutrición crónica.

La dolarización de su economía en enero de 2010 redujo la inflación. En 2004 el crecimiento económico fue de 6.6%, en parte debido al incremento de la actividad petrolera, pero no se consiguió recuperar los valores de renta per cápita anteriores a la crisis de 1999.

En 2004 la deuda externa superó los 17.000 millones de dólares de dólares, lo que supuso que el 47% del presupuesto de ese año se destinarse al pago del servicio de la deuda.

Otro fenómeno significativo es el migratorio, que generó ingresos cuantiosos para la economía. Las remesas son una fuente propicia para impulsar una estrategia de desarrollo, visualizadas por la CE como el factor que posibilita un codesarrollo, pero la migración también provoca efectos negativos en las estructuras familiares.

Por todo ello la CE tiene como referentes principales los Objetivos de Desarrollo del Milenio en su estrategia con 3 sectores prioritarios de actuación:

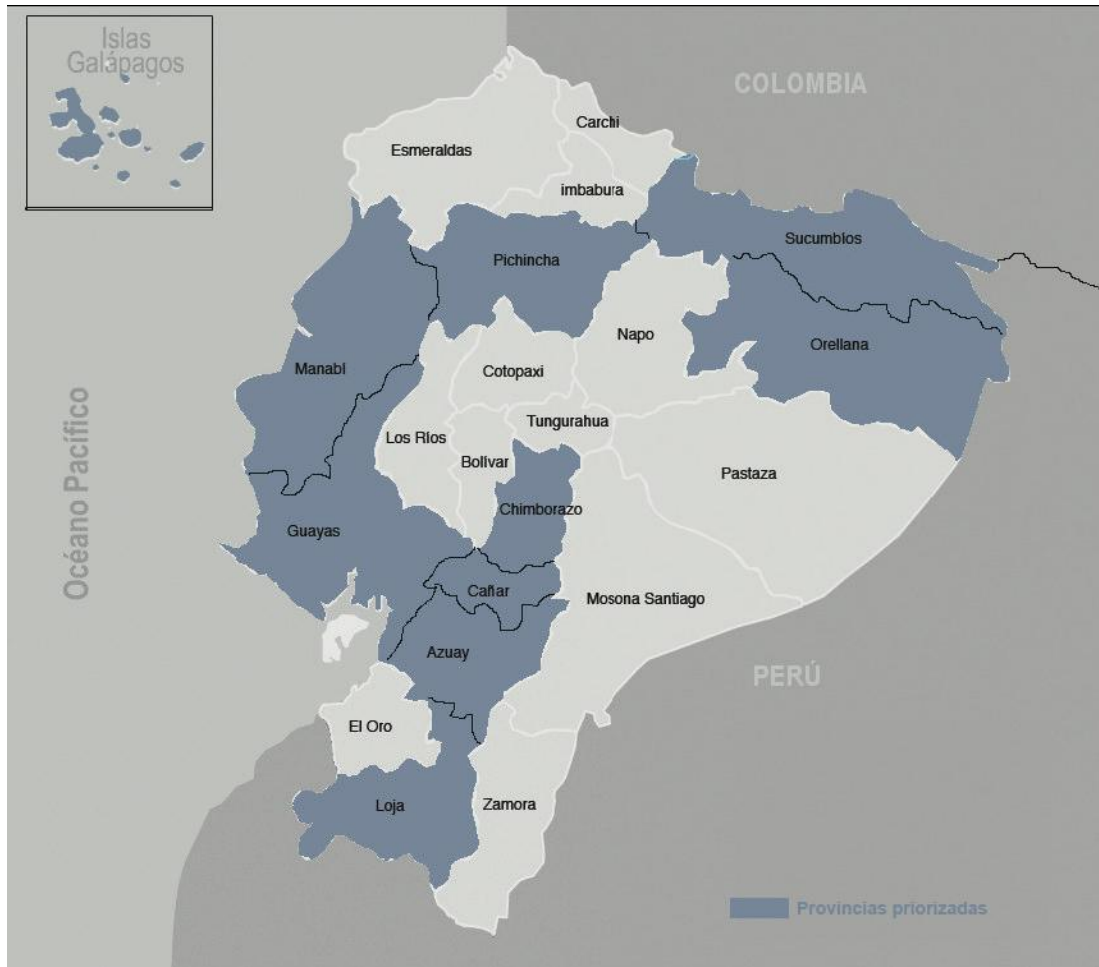
- 1) Gobernanza democrática, participación ciudadana y apoyo institucional. Se desarrollaran actuaciones de apoyo de:

¹⁶ Documento Estrategia País (2005-2008) Cooperación Española-Ecuador.

http://www.aecid.ec/espana/archivos/4.3DEPEcuador20052008_vDGPOLDE.pdf

- El fortalecimiento del Estado de derecho.
 - El desarrollo de la Administración al servicio de la ciudadanía y buena gestión de los asuntos públicos, apoyando el proceso de descentralización democrático y participativo.
- 2) Cobertura de las necesidades sociales. Apoyo a proyectos y programas para:
- Fortalecimiento de las capacidades para la soberanía alimentaria
 - Mejora del acceso y mejora de la calidad de la educación.
 - Mejora de la salud infantil.
 - Lucha contra las enfermedades olvidadas y las prevalentes (VIH-sida, malaria y tuberculosis).
 - Fomento y protección de los derechos de la infancia.
- 3) Promoción del tejido económico y empresarial, apoyando la micro y pequeña empresa.

La Estrategia País del 2005-2008 de la CE determinó priorizar 7 de las 22 provincias de Ecuador: Manabí, Chimborazo, Cañar, Azuay, Loja, Sucumbíos y Orellana, además de las islas Galápagos.



Fuente: Documento Estrategia País (2005-2008) Cooperación Española-Ecuador
 Mapa 3: Provincias de Ecuador priorizadas en el DEP 2005-2008

Pretendía lograr una concentración geográfica y sectorial de las actuaciones y la coordinación y complementariedad de los diferentes actores de la CE.

En el ámbito de la salud se priorizaron dos líneas estratégicas:

- La mejora de la salud infantil.
- La lucha contra las enfermedades prevalentes y olvidadas.

En cuanto a la mejora de la salud infantil se planteó el objetivo de ver incrementada la población infantil atendida por programas de vacunación y nutrición, y reducidas las patologías prevalentes en la infancia.

Los actores de la CE que actuarían en estos ámbitos serían fundamentalmente la AECl, las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos, a través de subvenciones a las ONGD.

Esta estrategia estableció que las actuaciones debían estar alineadas con las políticas públicas de salud y con el proceso de transferencia de competencias a los Gobiernos locales a través de los Consejos Cantonales de Salud, definidos en la Ley de

Descentralización, siendo los socios locales del Ministerio de Salud Pública y los Gobiernos locales con competencias transferidas.

En la línea estratégica de lucha contra enfermedades prevalentes y olvidadas el objetivo específico planteado se orientó a fortalecer el programa nacional de prevención y control del VIH/SIDA con personal sanitario capacitado y con procesos de información, educación y prevención en materia de VIH/SIDA.

Se priorizaron las provincias de Manabí y Guayas en la costa y Pichincha la Sierra para llevar a cabo estas actuaciones de lucha contra el VIH/SIDA.

Los actores de la CE que actuarían en esta línea serían fundamentalmente la AECI y el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Programa Nacional de Sida y adicionalmente la ONGD Médicos sin Fronteras España.

En relación a estas prioridades que se recogen en los documentos de estrategia de la CE en Ecuador, el alineamiento de los proyectos financiados por la JCCM en el sector salud en el periodo 2004-2008 con las provincias priorizadas, es medio ya que sólo 4 de los proyectos estudiados se ubican en provincias priorizadas (Pichincha, Manabí y Guayas).

Respecto a los sectores de actuación priorizados, los sectores de los proyectos estudiados coinciden más con la estrategia general de salud de la CE en América Latina recogida en el Plan Director 2005-2008 -apoyo a la atención primaria de salud y a terapias tradicionales de pueblos indígenas- que en las dos líneas que se priorizaron en el DEP, salvo el proyecto de Médicos sin Fronteras España que está totalmente alineado con la estrategia de del Programa Nacional de Sida, siendo considerada la ONGD actor de la CE en el propio DEP.

En la actualidad España comparte la visión y los valores contenidos en el Plan Nacional del Buen Vivir de Ecuador, los cuales coinciden con las políticas y estrategias en materia de cooperación internacional para el desarrollo. En el III Plan Director, la República del Ecuador recibe la consideración de País de Asociación Amplia, lo que supone que Ecuador seguirá siendo uno de los principales socios de España en esta materia.

La hoja de ruta a seguir a partir de ahora es el Marco de Asociación Ecuador-España (2011-2013), con el que se pretende impulsar los principios de apropiación, alineamiento con las políticas e instituciones y los procesos de desarrollo locales, armonización, gestión para resultados de desarrollo y la mutua rendición de cuentas.

El Marco avanza en un proceso de concentración sectorial y de complementariedad con otros donantes. Concretamente pretende la concentración del 70% de la AOD española en 5 objetivos del Plan Nacional para el Buen Vivir¹⁷:

- Objetivo 2: Aumentar las capacidades y potencialidades de la población.

¹⁷ Marco de Asociación Ecuador-España 2011-2013.

- Objetivo 4: Garantizar los derechos de la naturaleza y promover un ambiente sano y sustentable.
- Objetivo 9: Garantizar la vigencia de los derechos y la justicia.
- Objetivo 11: Establecer un sistema económico social, solidario y sostenible.
- Objetivo 12: Construir un Estado democrático para el Buen Vivir.

Estos objetivos priorizados tienen una traducción en sectores de intervención establecidos en el III PDCE, no porque se puedan hacer equivalencias globales directas, sino porque las políticas y metas definidas en ellos están contempladas en algunos de sus Objetivos Específicos.

Los sectores y políticas de CE que se corresponden con los objetivos priorizados son:

- Sector 1. Gobernabilidad democrática.
- Sector 3. Servicios sociales básicos: Educación.
- Sector 5. Servicios sociales básicos: Agua y saneamiento.
- Sector 6. Crecimiento económico para la reducción de la pobreza.
- Sector 7. Sostenibilidad ambiental, lucha contra el cambio climático y hábitat.
- Políticas para el desarrollo de los pueblos indígenas y afrodescendientes.

Como puede observarse el sector salud ha salido de las prioridades de la CE por acuerdo con el Gobierno Ecuatoriano, ya que se considera una política de Estado cuya responsabilidad pretende asumir plenamente.

Según fuentes de la propia OTC, si el país reafirma en la gratuidad de los servicios de salud, el sistema se va a congestionar, de hecho ya se visualizan problemas de gestión, de atención eficiente y de calidad, por lo que es posible que esta posición tenga que revisarse y se requieran apoyos en materia de salud.

Alineamiento con la Cooperación Castellano-Manchega

Como se puede ver en lo descrito en el apartado 1.1: Marco normativo y estrategia de intervención de C-LM, la alineación de los proyectos objeto de análisis con la Cooperación Castellano-Manchega es prácticamente total ya que a nivel territorial es una estrategia que no concreta zona alguna del país, y a nivel sectorial abarca un abanico bastante amplio de líneas de intervención dentro del sector salud.

No encontramos pues con una estrategia excesivamente amplia y flexible respecto a cooperación para el desarrollo en Ecuador, que admite gran variedad de proyectos. Los proyectos estudiados están enmarcados en las siguientes prioridades del sector salud:

- Fortalecimiento del sistema público de salud.
- Educación para la salud y formación del personal.
- Prevención y control de enfermedades infecciosas y generadoras de alta mortalidad (SIDA).
- Apoyo en los procesos de descentralización de la prestación de servicios sanitarios para mejorar en el acceso universal a la salud.
- Construcción y mejora de infraestructuras y equipamiento de instalaciones sanitarias básicas.
- Mejora de la atención ginecológica de las mujeres.

Para una mayor comprensión del nivel de alineamiento de los proyectos, a continuación se hace un breve análisis de los mismos.

MÉDICOS SIN FRONTERAS

El proyecto “La Atención Integral: Un derecho para las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) MSF: Acercando la teoría a la práctica en Guayaquil”, que MSF ejecutó entre 2004 y 2005 es un claro ejemplo de lo que es la integración tanto en las prioridades establecidas por Castilla-La Mancha como la estrategia de la CE en Ecuador, pero sobre todo está alineada en el Programa Nacional de Ecuador de lucha contra el VIH/SIDA.

En concreto el DEP 2005-2008 recoge que la CE priorizará dos líneas estratégicas en el ámbito de la salud: la mejora de la salud infantil y la lucha contra las enfermedades prevalentes, sobre todo el VIH/SIDA.

En esta línea se planteaba como objetivo fortalecer el programa nacional de prevención y control del VIH/SIDA, priorizando las provincias de Manabí, Guayas y Pichincha y reconociendo como actores de la CE en esta línea estratégica fundamentalmente a la AEIC, el Programa Nacional de Sida y adicionalmente a la ONG Médicos Sin Fronteras España.

MSF fue la primera ONG que trató el VIH en Ecuador. En 2004, inició un proyecto de VIH/SIDA en tres zonas de salud de la ciudad de Guayaquil, que tenía la mayor prevalencia de VIH del país. Hasta entonces, sólo había un hospital de referencia y una unidad de salud en Guayaquil. MSF abrió una nueva unidad de atención y tratamiento en el hospital, más tres maternidades y ocho centros de salud, dando acceso gratuito a servicios de asesoramiento y análisis, terapia antirretroviral (ARV), seguimiento de laboratorio y educación para la salud. En diciembre de 2007, MSF terminó el traspaso de este proyecto al Ministerio de Salud, tras atender a unos 1.770 pacientes, 530 de ellos en tratamiento ARV.

MSF trabajó en Ecuador de 1996 a 2007. Contó con la participación de las autoridades locales y regionales, trabajando en la perspectiva de derechos humanos y promoviendo la integración y protección de grupos vulnerables.

Por tanto se trata de una intervención que aplica íntegramente la Declaración de París ya que Ecuador cuenta con una política específica de desarrollo en cuanto a prevención y lucha contra el VIH/SIDA, política que es respetada y reforzada con el proyecto financiado por Castilla-La Mancha.

Es especialmente significativo la mención expresa a MSF en el DEP dentro de la línea estratégica de lucha contra el VIH/SIDA, considerándole actor preferente en este ámbito. Además la intervención se desarrolló en la Ciudad de Guayaquil, altamente priorizada por la CE en esta estrategia. Igualmente los objetivos del proyecto estaban en consonancia con los objetivos planteados en la línea estratégica, siendo el socio local el Ministerio de Salud.

SOLIDARIDAD PARA EL DESARROLLO Y LA PAZ. SODEPAZ

SODEPAZ ha centrado sus proyectos en Ecuador en el Municipio de Cotacachi, donde lleva casi una década trabajando no sólo en el sector salud sino también con proyectos productivos y de soberanía alimentaria.

Este municipio tuvo el primer Alcalde indígena de Ecuador, Auki Tituaña, al que se reconoce haber conseguido un modelo exitoso de gestión pública y de participación ciudadana al amparo de Ley Especial de Descentralización del Estado y Participación Social de 1997 que declaraba que “La Función Ejecutiva transferirá definitivamente a los municipios las funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos, especialmente financieros, materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero, para el cumplimiento de las atribuciones y responsabilidades que se detallan a continuación: Planificar, coordinar, ejecutar y evaluar programas integrales de salud...” (Art. 9). Esta ley dio responsabilidades a los Municipios como la gestión de los programas de salud.

Los proyectos objeto de estudio potenciaron los servicios sanitarios mediante la construcción y equipamiento sanitario, pero siempre enmarcados en ese modelo de Descentralización de la Salud del que fue pionero el municipio, en colaboración con el Consejo Intersectorial de Salud-CIS, constituido en 1996.

El Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de Salud (OPS) trabajaron conjuntamente para que aquellos municipios que lo deseasen pudieran asumir las competencias en salud.

A través de esta descentralización se puso en marcha el Sistema Cantonal de Salud para dotar de servicios y protección integral de los riesgos y daños para la salud, siendo el CIS el órgano que se responsable de la operativización del sistema, planificando e implementando las políticas de salud.

El CIS está conformado por actores que representan a instituciones y/o organizaciones, siendo su rol fundamental impulsar el desarrollo integral de la salud y coordinar las acciones del Sistema Cantonal de Salud en vinculación con la Asamblea Cantonal y el Gobierno Local de Cotacachi.

Sus competencias eran:

- Formar e implementar, junto con la sociedad civil e instituciones públicas y privadas, políticas de desarrollo en salud, en procesos consultivos y de planificación.
- Generar un nuevo pensamiento basado en la corresponsabilidad individual y colectiva en salud.
- Orientar a los integrantes del Sistema Cantonal de Salud hacia la visión de la integridad de la salud.
- Otorgar el proceso de desarrollo integral del Cantón los elementos técnicos de organización y participación social necesarios.
- Dar respuesta a la problemática de salud de manera coordinada y corresponsable de todos y cada uno de los actores, para lo cual se concertará la agenda local en salud.

La normativa en la que se fundamentaba el CIS era la Constitución de 1998 y la Ley de Descentralización, de ahí que el Consejo tal y como era ha dejado de existir, por lo que en la actualidad se está reinventando tras un periodo de desgaste ocasionado por la falta de adecuación al nuevo modelo.

En todo este tiempo los proyectos de SODEPAZ han acompañado el proceso con el fin de generar un nivel de conciencia social y dar continuidad a los procesos participativos, alineándose con la estrategia nacional de control social y participación ciudadana.

FUNDACIÓN SALUD Y SOCIEDAD, ENFERMERAS PARA EL MUNDO

Enfermeras para el Mundo, la ONG de la Organización Colegial de Enfermería, es una entidad especializada en el ámbito sanitario, que cuenta con una amplia trayectoria de trabajo en Ecuador mediante programas a largo plazo complementario con el Sistema Nacional de Salud público. Han trabajado con financiación de la JCCM en 3 provincias: Manabí, Pichincha y Morona Santiago.

En 2004 impulsó en Manabí el plan de modernización y reforma del sistema de salud en Ecuador, MODERSA, que preveía una mayor descentralización de servicios sanitarios y la participación a nivel local de entidades privadas en la oferta de servicios. Se centraron en la formación de promotores/as comunitarios de salud, figura que fue avalada por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador a través de la Dirección Provincial de Salud de Manabí.

En Pichincha y Morona Santiago pusieron en marcha un modelo de salud intercultural enmarcado dentro del Modelo de Atención Integral en Salud, Familia, Comunitario e Intercultural.

El proyecto Promoción de la Salud en la Zona Achuar y en el Valle del Upano, en la provincia de Morona Santiago, desarrollado durante 4 años, ha tenido como objetivo mejorar la cobertura de los programas de promoción de la salud y prevención del sistema sanitario público. Como resultado, más de 10.000 personas de las comunidades indígenas, colono-mestiza y niños/as en riesgo de exclusión social, ha mejorado sus condiciones de salud, y se han reforzado las capacidades de las instituciones responsables de la sanidad en la zona mediante la creación de programas de salud, la formación de promotores/as de salud, la dotación de consultorios y botiquines de campañas, y la creación de materiales didácticos.

EPM y la Fundación Chankuap realizaron un gran esfuerzo por divulgar sus programas de educación sanitaria a través de la radio, y emplear la lengua jivaroana para llegar mejor a la población indígena de Ecuador.

Son proyectos que se alinean con las estrategias de la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígena (DNSPI) con el propósito de recuperar conocimientos desde la visión de los pueblos ancestrales.

En Imbabura, EPM lleva trabajando desde el 2005 con la Casa Campesina Cayambe, institución adscrita a la Sociedad Salesiana.

Como ya hemos visto, en Ecuador existe una medicina predominante basada en el conocimiento científico y tecnológico denominada medicina occidental. Sin embargo en las comunidades indígenas, junto a la medicina occidental se practican la medicina tradicional y alternativa como modelos de atención culturalmente adecuados.

El embarazo, parto y puerperio son vistos con un profundo respeto que poseen su significado, orden y comportamientos claramente definidos. Por ello las unidades de salud pública han de actuar con absoluto respeto para mejorar la calidad de la atención y conjugar la medicina tradicional con la occidental.

EPM junto con Casa Campesina Cayambe están liderando esfuerzos para reducir la mortalidad materna y neonatal en las zonas rurales remotas donde las parteras son quienes proveen la única atención de salud accesible. Se han consolidado espacios de coordinación entre los agentes de la comunidad y del personal de salud del sistema público implementando un sistema de referencia que permita la colaboración entre ambos.

La estrategia nacional de salud materno infantil busca que todas las embarazadas y recién nacidos tengan acceso a una atención de calidad, sin embargo este objetivo está muy lejos de lograrse en las áreas rurales de Ecuador, por ello esta estrategia de capacitación y coordinación institucional es muy adecuada y ayuda a mejorar la salud reproductiva de la población en las comunidades donde se ha implementado el proyecto.

El Consejo Cantonal de Salud de Cayambe, que está plenamente integrado en el proyecto. Este Consejo es un producto del proceso de descentralización política y administrativa del Ecuador, que otorga a los municipios, de manera progresiva, competencias en la gestión descentralizada de la Salud Pública.

Actualmente están ejecutando un proyecto con financiación de AECID en la frontera norte con Colombia, en colaboración con la Federación Ecuatoriana de Enfermeras, experiencia que pretende ser replicada en otras provincias del país.

COOPERACIÓN CON AMÉRICA LATINA ATOCHA

La “Ampliación del Servicio Comunitario de Salud mediante la adquisición, instalación y manejo de un aparato de ecografía”, más que un proyecto de desarrollo fue proporcionar una alternativa para la realización de ecografías a la población de escasos recursos de Pasaje, dentro de las actividades de la Pastoral Social de Pasaje, donde tienen especial protagonismo las Comunidades Eclesiales de Base (CEBs).

La Pastora Social de Pasaje en estrecha colaboración con su comunidad cristiana puso en marcha un ambicioso Programa de Salud para dar respuesta a las necesidades de la población más desfavorecida, en el ámbito de la atención sanitaria.

El Programa cuenta actualmente con farmacia comunitaria, botiquines comunitarios y varios dispensarios médicos con laboratorio y el aparato de ecografía.

Es pues la dotación de equipamiento para un dispensario de salud de la Parroquia Eclesiástica de Pasaje, que sin obviar sus fines sociales no deja de ser una institución privada, lo cual no es prioritario ni para Ecuador ni para la Cooperación Española.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- La Cooperación Castellano-Manchega en Ecuador, en el sector salud, en el periodo comprendido entre 2004 y 2008, ha apoyado principalmente proyectos de descentralización de la salud, educación sanitaria de promotores y promotoras de salud en zonas rurales y la dotación de infraestructuras y equipamientos de instalaciones sanitarias básicas (botiquines comunitarios, puestos de salud, subcentros de salud).
- En términos generales, estas actuaciones están alineadas con las políticas públicas de salud de Ecuador durante el periodo estudiado.
- Se aprecia cierta desafección con la estrategia de concentración geográfica y las prioridades en el ámbito de la salud establecidas en el DEP 2005-2008.
- Los proyectos de educación sanitaria implementados por la Fundación Salud y Sociedad, Enfermeras para el Mundo han realizado un importante esfuerzo en promover el desarrollo de las medicinas tradicionales indígenas y construir modelos interculturales de salud adaptados a las particularidades étnicas existentes en el país.
- Los proyectos subvencionados a SODEPAZ apoyaron los procesos de descentralización de la salud en el Cantón de Cotacachi. Junto con la construcción de infraestructuras sanitarias, promovieron procesos de participación comunitaria que hoy son un referente en el país.
- La JCCM no establece en su estrategia de cooperación para el desarrollo en Ecuador, al igual que en otros países, prioridades geográficas dentro del propio país y las líneas a apoyar en el sector salud son bastante genéricas, con lo que está muy condicionada a lo que las ONGD demanden en cada convocatoria de subvenciones.
- La continuidad del trabajo de las ONGD estudiadas en determinados territorios del país y con los mismos socios locales contribuye a una mayor apropiación y eficacia de los proyectos.
- Las ONGD especializadas en salud tienen estrategias propias de salud en el país orientadas a alinearse con el Sistema Público de Salud.
- La presencia permanente de personal de la ONGD española en el país facilita la coordinación con el resto de instituciones tanto locales como españolas, especialmente con la OTC.

- No existe un sistema de coordinación efectivo entre la JCCM y la OTC de España en Ecuador, lo que implica un desconocimiento de los proyectos financiados por la JCCM y un desaprovechamiento de los conocimientos y recursos de la OTC.
- Ecuador está experimentando un profundo cambio institucional tras la toma de posesión del presidente Correo en enero de 2007, con una estrategia de desarrollo definida, ambiciosa y con enfoque de derechos. El SENPLADES y la Secretaría Técnica de Cooperación Internacional están haciendo un esfuerzo por gestionar de la cooperación internacional no reembolsable, apoyando el alineamiento y armonización con las políticas y procedimientos del Gobierno Ecuatoriano.
- La JCCM ha de trabajar con las ONGD castellano-manchegas especializadas en salud y con trayectoria en Ecuador, la pertinencia de seguir priorizando proyectos de salud en el país y qué subsectores de actuación podrían ser priorizados si se continúa apoyando este sector, con el fin de contar con una estrategia específica para el país.
- La JCCM ha de buscar una mayor concentración geográfica coherente con las con el mapa de prioridades de las CE. Además de disponer de un mapa de proyectos y acciones humanitarias ejecutados y en ejecución.
- Las ONGD han tender a la especialización y planificación estratégica en el país.
- La JCCM ha de promover canales de comunicación directos con la OTC de España en Ecuador apostando por la coordinación y el alineamiento con la CE.
- La JCCM ha de realizar un seguimiento in situ periódico de los proyectos subvencionados para contar con unos mínimos conocimientos de del país y del trabajo que se está realizando las ONGD colaboradoras.
- La JCCM ha de revisar la actual clasificación de las intervenciones que incluye en el sector salud, como por ejemplo las relacionadas con la promoción de los derechos de la población indígena o los procesos de participación y control social en el ámbito del derecho a la salud.
- El nuevo contexto político ecuatoriano, su voluntad ejercer una autoridad efectiva sobre las políticas de desarrollo, ha de verse como una oportunidad de apropiación y alineación que buscan la eficacia de la ayuda, aunque los procesos burocráticos puedan ralentizar inicialmente la marcha de los proyectos.

BIBLIOGRAFÍA

CONSEJO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y CONTROL SOCIAL, Reglamento General de Veedurías Ciudadanas. Resolución No. 014-015-2010-CPCCS, Suplemento del Registro Oficial No 226, 1 de Julio de 2010.

COORDINADORA DE ONG PARA EL DESARROLLO-ESPAÑA, “Mejor Ayuda, una condición necesaria para el desarrollo”. Madrid, 2008.

Documento Estrategia País (2005-2008) Cooperación Española-Ecuador. (http://www.aecid.ec/espana/archivos/4.3DEPEcuador20052008_vDGPOLE.pdf)

La Declaración de París emanada del II Foro de Alto Nivel sobre Eficacia de la Ayuda, realizado en París del 28 de Febrero al 2 de Marzo del 2005. (<http://www1.worldbank.org/harmonization/Paris/ParisDeclarationSpanish.pdf>)

MARCO DE ASOCIACIÓN ECUADOR-ESPAÑA 2011-2013. (<http://www.aecid.ec/espana/archivos/MARCO%20DE%20ASOCIACION%20Lineamientos%20Generales.pdf>)

MARTÍNEZ Ignacio y SANAHUJA, José Antonio. “La agenda internacional de eficacia de la ayuda y la cooperación descentralizada de España”. Madrid : Fundación Carolina-CeALCI, Documento de Trabajo nº 38.2009.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, “Hacia una Garantía de Derecho en Salud para Todos. Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador”.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, CONSEJO NACIONAL DE SALUD, “Marco general de la reforma estructural de la Salud en Ecuador, Quito, 2005.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Registro Oficial 670, 25 de septiembre del 2002.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, SUBSECRETARIA DE EXTENSION DE LA PROTECCION SOCIAL EN SALUD. “Situación Actual del Proceso de Implantación del MAIS”, Quito, mayo-junio 2010.

OPS/OMS, “Estrategia de Cooperación de País de la OPS/OMS en Ecuador, Periodo 2010-2014”. Washington DC, septiembre 2009.

OPS/OMS, “Salud en las Américas” Vol. I-Regional. Washington DC, 2007.

PLAN DIRECTOR DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA 2005-2008. (www.aecid.pe/publicaciones/store/pub.6.pdf)

PNUD, "II Informe Nacional de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - Ecuador 2007" (http://www.undp.org.ec/odm/II_INFORME_NACIONAL.pdf)

SANAHUJA, José Antonio. "Más y mejor ayuda?: la Declaración de París y las tendencias en la cooperación al desarrollo"; en: Paz y Conflicto en el siglo XXI: *tendencias globales*. Anuario 2007-2008.

SENPLADES, AGECI, Informe de Cooperación Internacional No Reembolsable en el Ecuador, Quito 2010.

SENPLADES, Estrategia de Desarrollo Endógeno 2009-2025. Quito, julio 2009.

SENPLADES, PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR 2009-2013, Versión Resumida. Quito, 2009.

ANEXOS

Anexo 1: Listado de proyectos subvencionados por la JCCM en Ecuador

AÑO	Nº EXP.	ONGD	TÍTULO PROYECTO	SECTOR	IMPORTE SUBVENCIÓN
1995	34	INSTITUTO SINDICAL PARA LA COOPERACIÓN AL DESARROLLO. ISCOD	CONSTRUCCIÓN DE ESCUELA TALLER	EDUCACIÓN	40.850,79 €
1995	70	ASOCIACIÓN CULTURAL AMAS DE CASA LA ORQUÍDEA	EDUCACIÓN DE AGENTES PARA EL DESARROLLO	FORTALECIMIENTO DE LAS ESTRUCTURAS DEMOCRÁTICAS, PODER LOCAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA	60.101,21 €
1996	6	ESCUELAS PARA EL MUNDO	CONSTRUCCIÓN DE TRES AULAS CON COMEDOR Y COCINA	EDUCACIÓN	30.771,82 €
1996	28	ASOCIACIÓN JUVENIL MADRESELVA	RECONSTRUCCIÓN DE COCINA Y COMEDOR PARA ALBERGUE	PROTECCIÓN DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN MAS VULNERABLES	27.273,93 €
1996	55	FUNDACIÓN AYUDA EN ACCIÓN	INSTALACIÓN DE RED DE RESIDUOS Y SISTEMA DE RIEGO POR ASPERSIÓN	ACCESO AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BÁSICO	67.295,33 €
1996	99	CRUZ ROJA ESPAÑOLA	AMPLIACIÓN Y MEJORA DE LA COBERTURA SANITARIA PARA POBLACIÓN URBANA	SALUD	165.879,34 €
1997	1	ESCUELAS PARA EL MUNDO	CREACIÓN DE TALLERES MULTIPROFESIONALES PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD FÍSICA Y PSÍQUICA	INFRAESTRUCTURA	43.647,90 €
1997	75	CRUZ ROJA ESPAÑOLA	DOTACIÓN DE INFRAESTRUCTURAS COMUNITARIAS, REMODELACIÓN DEL CAMPAMENTO ESCUELA "GUALBERTO GARZÓN"	EDUCACIÓN	63.101,70 €
1997	126	PAZ Y COOPERACIÓN	CONSTRUCCIÓN DE TRES AULAS PARA LA COMUNIDAD DE ILLAGUA GRANDE	EDUCACIÓN	19.238,40 €

AÑO	Nº EXP.	ONGD	TÍTULO PROYECTO	SECTOR	IMPORTE SUBVENCIÓN
1997	143	SOLIDARIDAD MANCHEGA CON LOS PUEBLOS DEL TERCER MUNDO (SOLMAN)	PROYECTO PILOTO PARA UN SISTEMA DE AGUA POTABLE COMUNITARIA	INFRAESTRUCTURA	45.292,27 €
1998	16	ESCUELAS PARA EL MUNDO	CONSTRUCCIÓN DE UNA ESCUELA CON 8 UNIDADES CON DESPACHO BIBLIOTECA Y LUDOTECA EN LA LIBERTAD	EDUCACIÓN	69.872,63 €
1999	17	ESCUELAS PARA EL MUNDO	CONSTRUCCIÓN DE DOS AULAS Y DOTACIÓN DE MATERIAL PARA EDUCACIÓN ESPECIAL	EDUCACIÓN	53.785,10 €
1999	18	ESCUELAS PARA EL MUNDO	REFORMA, AMPLIACIÓN, EQUIPAMIENTO Y ACTIVIDADES EN EL CENTRO EDUCATIVO INTIRAIMI DE LA COMUNIDAD INDÍGENA DE LAS LAGUNAS EN SARAGURO	EDUCACIÓN	92.423,82 €
1999	33	INSTITUTO SINDICAL PARA LA COOPERACIÓN AL DESARROLLO. ISCOD	CONSERVACIÓN DE BOSQUE NUBLADO ANDINO Y PROGRAMA EDUCATIVO	INFRAESTRUCTURA	79.065,52 €
1999	102	ASOCIACIÓN PUEBLOS SIN FRONTERAS	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE CAPACITACIÓN DE LA MUJER RURAL EN PIMAMPIRO	MUJER	70.344,20 €
1999	132	FUNDACIÓN ENTRECULTURAS FE Y ALEGRÍA	REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL MATERIAL DIDÁCTICO DEL INSTITUTO RADIOFÓNICO FE Y ALEGRÍA	EDUCACIÓN	53.139,51 €
2000	26	MANOS UNIDAS COMITÉ CATÓLICO DE LA CAMPAÑA CONTRA EL HAMBRE EN EL MUNDO	DOTACIÓN DE AGUA POTABLE PARA LA COMUNIDAD PISAMBILLA	SALUD	96.161,94 €
2001	2	ESCUELAS PARA EL MUNDO	CONSTRUCCIÓN Y DOTACIÓN DE DOS AULAS, LABORATORIO DE CIENCIAS Y DE COMPUTACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DEL COMEDOR ESCOLAR EN LA ESCUELA "VIRGEN DEL CISNE" EN LA LIBERTAD	EDUCACIÓN	54.091,09 €
2002	10	FUNDACIÓN SALUD Y SOCIEDAD	CURSOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, A TRAVÉS DE RADIO, EN MANABI	EDUCACIÓN	130.070,74 €

AÑO	Nº EXP.	ONGD	TÍTULO PROYECTO	SECTOR	IMPORTE SUBVENCIÓN
2002	48	PROYECTO SOLIDARIO	HOGAR ALBERGUE PARA CHICOS DE LA CALLE EN GUAYAQUIL	EDUCACIÓN	147.105,46 €
2002	51	MISIÓN AMÉRICA	CREACIÓN DE TRES PUESTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA LA COMUNIDAD MARGINAL DEL CANTÓN LA LIBERTAD	SALUD	26.399,01 €
2002	60	FUNDACIÓN AYUDA EN ACCIÓN	CONSTRUCCIÓN DE VIVIENDAS RURALES EN LAS COMUNIDADES DEL ADR MITAD DEL MUNDO	INFRAESTRUCTURA	110.811,01 €
2002	85	FUNDACIÓN ENTRECULTURAS FE Y ALEGRÍA	MEJORA DEL MATERIAL DIDÁCTICO PARA LA EDUCACIÓN DE JÓVENES Y ADULTOS POR RADIO	EDUCACIÓN	70.290,51 €
2002	103	ESCUELAS PARA EL MUNDO	ACCIÓN PSICOPEDAGÓGICA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN EN EL PUEBLO KICHWA SARAGURO	EDUCACIÓN	120.202,42 €
2002	127	PUEBLOS SIN FRONTERAS	EQUIPAMIENTO DEL CENTRO ARTESANAL "ROSA ZARATE"	EDUCACIÓN	7.598,93 €
2002	129	AMÉRICA, ESPAÑA, SOLIDARIDAD Y COOPERACIÓN. AESCO	SEGURIDAD ALIMENTARIA PARA DISMINUIR LA EMIGRACIÓN EN CARCHI	SECTOR PRODUCTIVO	60.906,04 €
2002	132	IEPALA. INSTITUTO DE ESTUDIOS POLÍTICOS PARA AMÉRICA LATINA Y ÁFRICA (ver también BERLI-IEPALA)	CONSTRUCCIÓN ECONÓMICA DE VIVIENDAS EN TIERRA ESTABILIZADA, TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA Y CENTRO DE FORMACIÓN PARA EL LITORAL ECUATORIANO	DESARROLLO SOCIAL, LOCAL Y DERECHOS HUMANOS	172.004,02 €
2003	61	ESCUELAS PARA EL MUNDO	ALTERNATIVA DE FORMACIÓN PROFESIONAL PARA JÓVENES DE LA PENÍNSULA DE SANTA ELENA	EDUCACIÓN	585.848,00 €
2003	115	SOLIDARIDAD PARA EL DESARROLLO Y LA PAZ. SODEPAZ	APOYO A LOS PROCESOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y AUTOGESTIONARIO EN EL VALLE DEMANDURIACOS FASE II	SECTOR PRODUCTIVO	157.297,00 €
2003	136	PROYECTO SOLIDARIO	APOYO A LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS MENORES TRABAJADORES DE LA CALLE DEL SECTOR SUR DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO	EDUCACIÓN	202.131,00 €

AÑO	Nº EXP.	ONGD	TÍTULO PROYECTO	SECTOR	IMPORTE SUBVENCIÓN
2003	157	CÁRITAS DIOCESANA DE CIUDAD REAL	CENTRO DE ACOGIDA Y FORMACIÓN DE LA JUVENTUD	INFRAESTRUCTURA	42.000,00 €
2004	52	COOPERACIÓN CON AMÉRICA LATINA (ATOCHA)	TERAPIA OCUPACIONAL MEDIANTE LA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DE DOS GALPONES PARA CRÍA DE CHACHOS Y POLLOS	SECTOR PRODUCTIVO	24.157,00 €
2004	59	MÉDICOS SIN FRONTERAS	LA ATENCIÓN INTEGRAL, UN DERECHO PARA LAS PVVS, M.S.F. ACERCANDO LA TEORÍA A LA PRÁCTICA EN GUAYAQUIL	SALUD	150.000,00 €
2004	60	FUNDACIÓN AYUDA EN ACCIÓN	APOYO A LA SALUD COMUNITARIA - SISTEMA DE ALCANTARILLADO PARA LA COMUNIDAD DE CHAZOJUAN	INFRAESTRUCTURA	81.380,00 €
2004	127	FUNDACIÓN DE AYUDA CONTRA LA DROGADICCIÓN FAD	FORTALECIMIENTO DE FAMILIAS Y COMUNIDADES LOCALES PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES EN BARRIOS URBANO MARGINALES DE ESMERALDAS	EDUCACIÓN	142.256,00 €
2004	179	FUNDACIÓN IUVE COOPERACIÓN	AUTOCONSTRUCCIÓN DE VIVIENDAS EN CINCO COMUNIDADES MARGINALES DE MILAGRO	INFRAESTRUCTURA	95.350,00 €
2004	212	FUNDACIÓN SALUD Y SOCIEDAD	CONSTRUCCIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE 17 CASAS DE SALUD COMUNITARIAS EN LA PROVINCIA DE MANABÍ	SALUD	85.700,00 €
2005	033	ESCUELAS PARA EL MUNDO	ALTERNATIVA DE CAPACITACIÓN PROFESIONAL PARA MUJERES ENTRE 15 Y 35 AÑOS DE EDAD DE LA PENÍNSULA DE SANTA ELENA	EDUCACIÓN	253.816,00 €
2005	066	FUNDACIÓN SALUD Y SOCIEDAD	PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ZONA ACHUAR Y EN EL VALLE DE UPANO. PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO	SALUD	224.646,00 €
2005	084	ASOCIACIÓN PUEBLOS SIN FRONTERAS	AMPLIACIÓN DEL CENTRO DE FORMACIÓN ARTESANAL "ROSA ZÁRATE": CONSTRUCCIÓN DE 4 AULAS Y BATERÍAS SANITARIAS, ÁREA ADMINISTRATIVA Y VIVIENDA DEL CONSERJE	MUJER	51.791,00 €
2005	111	AMÉRICA, ESPAÑA, SOLIDARIDAD Y COOPERACIÓN. AESCO	CONSTRUCCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO DE COMERCIALIZACIÓN Y GESTIÓN CAMPESINO (CUENCA. PROVINCIA DEL AZUAY)	SECTOR PRODUCTIVO	115.449,00 €

AÑO	Nº EXP.	ONGD	TÍTULO PROYECTO	SECTOR	IMPORTE SUBVENCIÓN
2005	200	ASOCIACIÓN MENSAJEROS DE LA PAZ	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN FORMAL E IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE LA CUENCA ALTA, MEDIA Y BAJA DEL RÍO JUBONES Y DE LA UEMP	EDUCACIÓN	209.999,00 €
2005	212	PROYECTO SOLIDARIO	HOGAR ALBERGUE DON BOSCO PARA CHICOS DE LA CALLE DE GUAYAQUIL, (FASE II)	EDUCACIÓN	248.660,00 €
2005	234	SOLIDARIDAD PARA EL DESARROLLO Y LA PAZ. SODEPAZ	FOMENTO DE LA APICULTURA EN COMUNIDADES INDÍGENAS SITUADAS EN LA FRONTERA DE LA RESERVA NATURAL COTACACHI-CAYAPAS. COTACACHI	SECTOR PRODUCTIVO	113.957,00 €
2006	020	ASOCIACIÓN POR LA PAZ Y EL DESARROLLO	DESARROLLO PRODUCTIVO SOSTENIBLE E INTERACCIÓN SOCIOAMBIENTAL EN LAS PROVINCIAS DE IMBABURA, ESMERALDAS Y PICHINCHA	SECTOR PRODUCTIVO	357.589,00 €
2006	045	PROYECTO SOLIDARIO	PROGRAMA DE APOYO EDUCATIVO PARA NIÑOS Y NIÑAS INDÍGENAS EN SALINAS	EDUCACIÓN	250.000,00 €
2006	057	FUNDACIÓN IUVE COOPERACIÓN	AUTOCONSTRUCCIÓN DE REDES DE AGUA Y LETRINAS EN 5 COMUNIDADES MARGINALES DE MILAGRO	ACCESO AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BÁSICO	103.782,00 €
2006	059	FUNDACIÓN AYUDA EN ACCIÓN	MEJORA DE LA INFRAESTRUCTURA ESCOLAR EN 12 COMUNIDADES DE BOLÍVAR	EDUCACIÓN	180.830,00 €
2006	286	SOLIDARIDAD PARA EL DESARROLLO Y LA PAZ. SODEPAZ	HACIA LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD. APOYO AL PLAN CANTONAL DE SALUD DE COTACACHI	SALUD	222.958,00 €
2007	032	ASOCIACIÓN PAZ CON DIGNIDAD	FORTALECIMIENTO DE UN SISTEMA INTEGRAL DE APOYO PARA RECUPERAR LA SOBERANÍA ALIMENTARIA Y MEJORAR LOS INGRESOS DE LAS UNIDADES DE PRODUCCIÓN FAMILIARES CAMPESINAS FUERTEMENTE DEPRIMIDAS EN EL CANTÓN EL EMPALME (PROVINCIA DE GUAYAS)	SOBERANÍA ALIMENTARIA Y LUCHA CONTRA EL HAMBRE	217.429,00 €

AÑO	Nº EXP.	ONGD	TÍTULO PROYECTO	SECTOR	IMPORTE SUBVENCIÓN
2007	050	ESCUELAS PARA EL MUNDO	MEJORA DE LA ATENCIÓN INTEGRAL AL FENÓMENO MIGRATORIO EN LA PROVINCIA DE CHIMBORAZO	PROTECCIÓN DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN MAS VULNERABLES	238.968,00 €
2007	056	PROYECTO SOLIDARIO	ACCESO A LA EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN INDÍGENA Y CAMPESINA TRABAJADORA DE CAYAMBE	POBLACIONES INDÍGENAS	296.015,00 €
2007	078	COOPERACIÓN CON AMÉRICA LATINA (ATOCHA)	AMPLIACIÓN DEL SERVICIO COMUNITARIO DE SALUD MEDIANTE LA ADQUISICIÓN, INSTALACIÓN Y MANEJO DE UN APARATO DE ECOGRAFÍA	SALUD	28.359,00 €
2007	101	ASOCIACIÓN ENTREPUEBLOS	PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS SOCIALES, TERRITORIALES, ECONÓMICOS Y CULTURALES DE LAS FAMILIAS INDÍGENAS Y CAMPESINAS DE SUCUMBOS	POBLACIONES INDÍGENAS	144.910,00 €
2007	145	FUNDACIÓN SALUD Y SOCIEDAD	PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ZONA ACHUAR Y EN EL VALLE DE LUPANO. II FASE PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO	SALUD	292.566,00 €
2007	169	FUNDACIÓN AYUDA EN ACCIÓN	SISTEMAS DE AGUA SEGURA PARA LAS COMUNIDADES DE LA PLANCHADA, CASCAJAL Y BUENAVENTURA, DEL ÁREA DE DESARROLLO PEDRO CARBO	ACCESO AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BÁSICO	204.242,00 €
2007	193	MUNDO COOPERANTE CASTILLA-LA MANCHA	MEJORADAS LAS CONDICIONES DE VIDA EN 13 COMUNIDADES INDÍGENAS DEL CHIMBORAZO MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE EDUCACIÓN TRADICIONAL Y ATENCIÓN INTEGRAL DESTINADO A NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 6 AÑOS	POBLACIONES INDÍGENAS	117.977,00 €
2007	196	SOLIDARIDAD PARA EL DESARROLLO Y LA PAZ. SODEPAZ	EQUIPAMIENTO Y MEJORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL DISTRITO DE EL CHONTAL (MANDURIACOS, COTACACHI). FASE II DEL PROGRAMA "HACIA LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD: APOYO AL PLAN CANTONAL DE SALUD DE COTACACHI".	SALUD	135.165,00 €
2008	46	ASOCIACIÓN PAZ CON DIGNIDAD	MEJORA DE LA COMPETITIVIDAD DE LAS EMPRESAS Y GRUPOS ASOCIATIVOS PERTENECIENTES A LA UNIÓN DE ORGANIZACIONES CAMPESINAS DE MANABÍ (UPOCAM)	FOMENTO DEL CONSUMO RESPONSABLE Y ECONOMÍA SOCIAL Y SOLIDARIA (SECTOR PRODUCTIVO)	272.044,00 €

AÑO	Nº EXP.	ONGD	TÍTULO PROYECTO	SECTOR	IMPORTE SUBVENCIÓN
2008	51	PROYECTO SOLIDARIO	APOYO A LA FORMACIÓN OCUPACIONAL DE JÓVENES EN SITUACIÓN DE RIESGO	EDUCACIÓN	261.867,00 €
2008	88	FUNDACIÓN ESPAÑOLA PARA LA COOPERACIÓN. SOLIDARIDAD INTERNACIONAL	IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES FORESTALES Y TURÍSTICAS EN LA PROVINCIA AMAZÓNICA DE ORELLANA EN EL ECUADOR, COMO ALTERNATIVAS PRODUCTIVAS QUE PROMUEVEN SINERGIAS POSITIVAS HACIA EL CAMBIO CLIMÁTICO	PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE	229.258,00 €
2008	130	FUNDACIÓN AYUDA EN ACCIÓN	UNIVERSALIZACIÓN DEL PRIMER AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA EN LAS ESCUELAS DE LA ZONA DE INTAG	EDUCACIÓN	124.000,00 €
2008	152	SOLIDARIDAD PARA EL DESARROLLO Y LA PAZ. SODEPAZ	MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE AGUA POTABLE PARA LA COMUNIDAD INDÍGENA DE EL MORLÁN	ACCESO AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BÁSICO	166.950,00 €
2008	209	FUNDACIÓN SALUD Y SOCIEDAD	SUMAK KAWSAY: FORTALECIMIENTO DE LA RED CANTONAL DE SALUD DEL CANTÓN CAYAMBE DESDE UN ENFOQUE INTERCULTURAL. PROVINCIA DE PICHINCHA	SALUD	312.407,00 €
2008	210	FUNDACIÓN SALUD Y SOCIEDAD	MANABÍ SALUDABLE: CON LA COMUNIDAD FORTALECIENDO EL SISTEMA DE SALUD RURAL	SALUD	262.489,00 €
2009	8	FUNDACIÓN UNICEF-COMITÉ ESPAÑOL	PROTECCIÓN DE DERECHOS PARA ADOLESCENTES INFRACTORES EN ECUADOR	DERECHOS DE LA INFANCIA	250.000,00 €
2009	23	PROYECTO SOLIDARIO	APOYO A LA FORMACIÓN DE CHICOS DE LA CALLE Y POBLACIÓN INFANTIL Y JUVENIL EN RIESGO DE GUAYAQUIL	DERECHOS DE LA INFANCIA	270.000,00 €
2009	25	ASOCIACIÓN DE SOLIDARIDAD CON LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DE LOS PAÍSES EMPOBRECIDOS. (SOTERMUN)	TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC) AL SERVICIO DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES LÍDERES SINDICALES COMUNITARIAS	IGUALDAD DE OPORTUNIDADES E INTEGRACIÓN SOCIAL DE LAS MUJERES	50.000,00 €

AÑO	Nº EXP.	ONGD	TÍTULO PROYECTO	SECTOR	IMPORTE SUBVENCIÓN
2009	62	ASOCIACIÓN PAZ CON DIGNIDAD	FORTALECIMIENTO DE TERRITORIOS CAMPESINOS PRODUCTIVOS EN LA PROVINCIA DE CARCHI	FOMENTO DEL CONSUMO RESPONSABLE Y ECONOMÍA SOCIAL Y SOLIDARIA (SECTOR PRODUCTIVO)	200.000,00 €
2009	142	INSTITUTO DE PROMOCIÓN Y APOYO AL DESARROLLO. IPADE	AUMENTO DE LOS INGRESOS DE LAS COMUNIDADES DE SAN PEDRO, LLAUSHARI Y DE HATO PILCHES (CANTÓN SANTA ISABEL) MEDIANTE LA MEJORA PRODUCTIVA Y EL AUMENTO DE LA COMERCIALIZACIÓN DE CULTIVOS ALTERNATIVOS CON CRITERIOS DE EQUIDAD Y SOSTENIBILIDAD	SOBERANÍA ALIMENTARIA Y LUCHA CONTRA EL HAMBRE	250.000,00 €
2010	38	PROYECTO SOLIDARIO	PROGRAMA DE APOYO EDUCATIVO A NIÑOS Y NIÑAS ANDINOS/AS, INDÍGENAS Y CAMPESINOS/AS DE LOS CANTONES GUARANDA, CALUMA Y CHIMBO EN LA PROVINCIA DE BOLÍVAR	DERECHOS DE LA INFANCIA	309.756 €
2010	89	ASOCIACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESPECIALIZACIÓN SOBRE TEMAS IBEROAMERICANOS. AIETI	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES PARA LA GOBERNANZA ENTRE LOS ACTORES DE LA MANCOMUNIDAD DEL COLLAY PARA EL IMPULSO DEL DESARROLLO LOCAL, CON ENFOQUE DE GÉNERO Y DIVERSIDADES	FORTALECIMIENTO DE LAS ESTRUCTURAS DEMOCRÁTICAS, PODER LOCAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA	157.180 €
2010	138	SOLIDARIDAD PARA EL DESARROLLO Y LA PAZ. SODEPAZ	FORTALECIMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN CAMPESINA, CONSERVACIÓN Y USO SOSTENIBLE DE LOS RECURSOS NATURALES PARA GARANTIZAR LA SOBERANÍA ALIMENTARIA DE COMUNIDADES INDÍGENAS DE COTACACHI	SOBERANÍA ALIMENTARIA Y LUCHA CONTRA EL HAMBRE	223.923 €
1998	2	CRUZ ROJA ESPAÑOLA	ADQUISICIÓN DE UN VEHÍCULO TODO TERRENO PARA SU TRANSFORMACIÓN Y UTILIZACIÓN COMO AMBULANCIA.	ACCIÓN HUMANITARIA	37.217 €
1999	20	CRUZ ROJA ESPAÑOLA	POBLACIÓN AFECTADA POR ERUPCIÓN DE VOLCANES TUNGURAHUA Y GUAGUA	ACCIÓN HUMANITARIA	36.061 €
2001	28	CRUZ ROJA ESPAÑOLA	ASISTENCIA A LAS PERSONAS AFECTADAS POR LA ERUPCIÓN DEL VOLCÁN TUNGURAHUA (AYUDA CONVENIO)	ACCIÓN HUMANITARIA	24.040 €

AÑO	Nº EXP.	ONGD	TÍTULO PROYECTO	SECTOR	IMPORTE SUBVENCIÓN
2005	14	CRUZ ROJA ESPAÑOLA	PROYECTO PARA LA MITIGACIÓN Y LA ORGANIZACIÓN COMUNITARIA PARA DESASTRES ANTE EL FENÓMENO DEL NIÑO E INUNDACIONES EN LA PROVINCIA DE MANABÍ. (AYUDA CONVENIO)	ACCIÓN HUMANITARIA	190.000 €
2008	10	FUNDACIÓN ESPAÑOLA PARA LA COOPERACIÓN. SOLIDARIDAD INTERNACIONAL	APOYO A LA RESPUESTA LOCAL ORGANIZADA FRENTE A LAS INUNDACIONES EN EL CANTÓN DAULE, PROVINCIA DE GUAYAS.	ACCIÓN HUMANITARIA	80.000 €
2008	18	ASOCIACIÓN POR LA PAZ Y EL DESARROLLO	FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES Y ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE 130 FAMILIAS DE LOS CANTONES PENIPE, BAÑOS Y PELILEO AFECTADOS POR EL PROCESO ERUPTIVO DEL VOLCÁN TUNGURAHUA, EN LAS PROVINCIAS DE TUNGURAHUA Y CHIMBORAZO	ACCIÓN HUMANITARIA	90.000 €
2008	20	PROYECTO SOLIDARIO	ATENCIÓN A LAS FAMILIAS DE MENORES DAMNIFICADAS POR LAS FUERTES LLUVIAS EN SALINAS, GUAYAS.	ACCIÓN HUMANITARIA	131.030 €
2009	66	ASOCIACIÓN POR LA PAZ Y EL DESARROLLO	ESTABLECIDA UNA ESTRATEGIA PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS ANTES LOS EFECTOS DEVASTADORES DE LAS INUNDACIONES Y SEQUÍAS OCASIONADOS POR LOS FENÓMENOS NATURALES, ASÍ COMO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS DERECHOS ECONÓMICOS, AMBIENTALES Y SOCIALES DE LA POBLACIÓN	ACCIÓN HUMANITARIA	236.545 €
2010	18	ASOCIACIÓN POR LA PAZ Y EL DESARROLLO	IMPLEMENTADOS MECANISMOS DE PREVENCIÓN Y MITIGACIÓN EN EL MANEJO INTEGRAL DE RIESGOS QUE GARANTICEN EL DESARROLLO DEL TEJIDO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA POBLACIÓN LOCAL INDÍGENA KICHWAS A TRAVÉS DEL MANEJO DE LOS RECURSOS NATURALES EN EL CANTÓN LORETO, PROVINCIA DE ORELLANA	ACCIÓN HUMANITARIA	134.375 €
				TOTAL	11.852.094,28 €

Anexo 2: Listado de proyectos subvencionados por la JCCM en Ecuador en salud.

AÑO	EXP	ENTIDAD	PROYECTO	PROVINCIA	IMPORTE SUBVENCIÓN
1996	99	CRUZ ROJA ESPAÑOLA	AMPLIACIÓN Y MEJORA DE LA COBERTURA SANITARIA PARA POBLACIÓN URBANA		165.879,34 €
2000	26	MANOS UNIDAS COMITÉ CATÓLICO DE LA CAMPAÑA CONTRA EL HAMBRE EN EL MUNDO	DOTACIÓN DE AGUA POTABLE PARA LA COMUNIDAD PISAMBILLA	PICHINCHA	96.161,94 €
2002	51	MISIÓN AMÉRICA	CREACIÓN DE TRES PUESTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA LA COMUNIDAD MARGINAL DEL CANTÓN LA LIBERTAD	GUAYAS	26.399,01 €
2004	59	MÉDICOS SIN FRONTERAS	LA ATENCIÓN INTEGRAL, UN DERECHO PARA LAS PVVS, M.S.F. ACERCANDO LA TEORÍA A LA PRÁCTICA EN GUAYAQUIL	GUAYAS	150.000,00 €
2004	212	FUNDACIÓN SALUD Y SOCIEDAD	CONSTRUCCIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE 17 CASAS DE SALUD COMUNITARIAS EN LA PROVINCIA DE MANABÍ	MANABÍ	85.700,00 €
2005	066	FUNDACIÓN SALUD Y SOCIEDAD	PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ZONA ACHUAR Y EN EL VALLE DE UPANO. PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO	MORONA SANTIAGO	224.646,00 €
2006	286	SOLIDARIDAD PARA EL DESARROLLO Y LA PAZ. SODEPAZ	HACIA LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD. APOYO AL PLAN CANTONAL DE SALUD DE COTACACHI	IMBABURA	222.958,00 €
2007	078	COOPERACIÓN CON AMÉRICA LATINA (ATOCHA)	AMPLIACIÓN DEL SERVICIO COMUNITARIO DE SALUD MEDIANTE LA ADQUISICIÓN, INSTALACIÓN Y MANEJO DE UN APARATO DE ECOGRAFÍA	EL ORO	28.359,00 €
2007	145	FUNDACIÓN SALUD Y SOCIEDAD	PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ZONA ACHUAR Y EN EL VALLE DE LUPANO. II FASE PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO	MORONA SANTIAGO	292.566,00 €
2007	196	SOLIDARIDAD PARA EL DESARROLLO Y LA PAZ. SODEPAZ	EQUIPAMIENTO Y MEJORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL DISTRITO DE EL CHONTAL (MANDURIACOS, COTACACHI). FASE II DEL PROGRAMA "HACIA LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD: APOYO AL PLAN CANTONAL DE SALUD DE COTACACHI".	IMBABURA	135.165,00 €
2008	209	FUNDACIÓN SALUD Y SOCIEDAD	SUMAK KAWSAY: FORTALECIMIENTO DE LA RED CANTONAL DE SALUD DEL CANTÓN CAYAMBE DESDE UN ENFOQUE INTERCULTURAL. PROVINCIA DE PICHINCHA	PICHINCHA	312.407,00 €
2008	210	FUNDACIÓN SALUD Y SOCIEDAD	MANABÍ SALUDABLE: CON LA COMUNIDAD FORTALECIENDO EL SISTEMA DE SALUD RURAL	MANABÍ	262.489,00 €
				TOTAL	2.002.730,29 €

Anexo 4: Cronograma de la investigación

FASE	ACTIVIDAD	Mayo		Junio		Julio		Agosto		Sept.		Oct.	
		QUINCENAS											
		1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	
Fase I Estudio en España	Revisión de la documentación de los proyectos de estudio	■											
	Recopilación y revisión de documentación relacionada con la investigación	■	■	■									
	Tutoría	■			■			■					
	Entrevistas con las ONGD	■	■	■	■								
	Elaboración herramientas				■	■							
	Preparación trabajo de campo						■	■					
Fase II Trabajo campo	Visita a los proyectos de SOdePAZ								■				
	Visita a proyecto de EPM								■				
Fase III	Elaboración Borrador TFM									■			
	Socialización del borrador										■		
	Presentación TFM											■	

Anexo 4: Listado de personas entrevistadas y consultadas

NOMBRE	ENTIDAD	FECHA	CORREO
M ^a Idoia Ugarte	Universidad de Castilla-La Mancha	24/02/2011	Maria.Ugarte@uclm.es
Maria Iraizoz	Consultora DINAMIA	01/02/2011	maria.iraizoz@dinamia.org
Manuel Vanegas	SODEPAZ	11/04/2011	vanegasnet@gmail.com
Gema Monteagudo	Enfermeras para el Mundo C-LM	05/05/2011	gemaepm@enfermundi.com
Encarna Pinto y Nadia Revelo	Enfermeras para el Mundo (directora y coordinadora proyectos América Latina)	25/05/2011	nadiarb@enfermundi.com
José Piqueras	AECID Ecuador	09/06/2011	jose.piqueras@aecid.ec
María Alconchel	Coordinadora regional de Paz y Desarrollo representante de la Coord. de ongd españolas en Ecuador –COEEC-	12/04/2011	crsa@pazydesarrollo.org
	Médicos Sin Fronteras	12/06/2011	oficina-madrid@madrid.msf.org
Alfonso Nájera	Cooperación con América Latina – ATOCHA	17/06/2011	cooper.atocha@gmail.com
Olga del Castillo Fernández	Coordinadora EPM. Ecuador	30/06/2011	epmecuador@gmail.com
Sylvana Regalado	Directora de Ayuda en Acción Ecuador	18/07/2011	sregalado@ayudaenaccion.org
Montse Ayats	Coordinadora en Ecuador de Xarsa Consum S.	22/08/2011	ecuador@xarxaconsum.org
Irma Torosina, Jomar Ceballos, Carmelina, Magdalena Fueres.	Asamblea de Unidad Cantonal de Cotacachi	22/08/2011	
Hugo Carrera	Coordinador del Área de Recursos Naturales de UNORCAC	23/08/2011	contactos @ unorcac.org
Dra. Teresa Jaramillo y Dra. Luz Marina Vega	Ex Directora Cantonal de Salud y responsable del CIS	23/08/2011	casitadelaplaya@hotmail.com
Marcelo Pinto	Ex gerente del CIS	24/08/2011	
Shisela Morales, Ramiro y José	Junta Parroquial de la Parroquia de García Moreno	25/08/2011	
Diana y Zoila	Promotoras de salud de El Chontal	26/08/2011	
José Luis Baixeras	Responsable de programas AECID	30/08/2011	Joseluis.baixeras@aecid.ec

Anexo 5: Programa de viaje a Ecuador

DÍA/HORA	ACTIVIDAD	LUGAR	OBJETIVOS	CONTACTO/PARTICIPANTES	OBSERVACIONES
Sa 20/Ago 12:15 T4	Salida de Madrid-Barajas	Terminal T4 vuelo IB-6463			
Sa 20/Ago 16:25	Llegada a Quito y traslado al hostel en Otavalo	Hotel Riviera Sucre, Calle García Moreno 380 y Roca, Otavalo. Tel.: 593 6 2920 241			
Do 21/mañana	Feria de Semillas de la UNORCAC	Cotacachi	Conocer la dinámica de una feria de semillas. Conversar con productores participantes del proyecto UNORCAC-SODEPAZ-JCCM (Convocatoria 2010).	Manuel Vanegas Ayala Hugo Carrera, Coordinador del Área de Recursos Naturales de UNORCAC y Coordinador del proyecto.	Proyecto "Fortalecimiento de la organización campesina, conservación y uso sostenible de los recursos naturales para garantizar la soberanía alimentaria de comunidades indígenas de Cotacachi".
Do 21/tarde	Adaptación Otavalo y Cotacachi	Otavalo y Cotacachi			
Lu 22/9:30	Reunión con Asamblea de Unidad Cantonal de Cotacachi (AUCC)	Oficinas Asamblea: Dirección: Bolívar y Modesto Peñaherrera, Tel.: (593) 6 2915 200 - 2914125	Composición y rol de AUCC en procesos de participación ciudadana. Rol en Descentralización de la salud. Ley de participación... Situación actual, desafíos...	Irma Torosina, Presidenta de la AUCC; Jomar Cevallos, Técnico de Participación y Producción Artesanal de la AUCC.	AUCC: instancia que aglutina a los colectivos sociales y económicos del cantón. Es la expresión de la sociedad civil de Cotacachi.
Lu 22/13:00	Reunión/comida con Alcalde de Santa Ana de Cotacachi	Ayuntamiento de Cotacachi	Rol de ayuntamiento en proceso de descentralización. Ley de Participación Situación actual, desafíos...	Alberto Anrango, Alcalde de Cotacachi	Alberto Anrango es un líder histórico del movimiento indígena en Ecuador y líder de la UNORCAC. Dos años en la gestión municipal.
Lu 22/ tarde	Encuentro con Montse Ayats (Xarxa Consum Solidari XCS)	Cotacachi	Conocer las novedades del cantón Compartir el estado de los proyectos y acciones conjuntas: UNORCAC, Terra Nueva, etc.	Montse, expatriada de XCS en Ecuador. Socios estratégicos de SODEPAZ.	Montse apoya a SODEPAZ durante las visita de seguimiento y participa de otros acuerdos Xarxa-SODEPAZ.

DÍA/HORA	ACTIVIDAD	LUGAR	OBJETIVOS	CONTACTO/PARTICIPANTES	OBSERVACIONES
Ma 23/10:00	Reunión con Dra. Luz Marina Vega y Dra. Teresa Jaramillo	Casa de Teresa Jaramillo, Cotacachi Tel. 099447657 (celular Luz Marina)	Conocer las condiciones sociales, políticas e institucionales que dieron origen al proceso de descentralización de la salud. Conocer la concepción, los fundamentos y los resultados, así como los agentes locales más relevantes del proceso. Estado actual y lecciones del proceso.	Dra. Luz Marina Vega y Dra. Teresa Jaramillo (Ex-Directora del Hospital de Cotacachi). Expertas en salud pública.	Las Dra. Luz Marina Vega y Dra. Teresa Jaramillo fueron claves en la concepción e implementación de la descentralización de la salud en Cotacachi.
Ma 23/14:00	Reunión UNORCAC	Oficinas UNORCAC; C/ González Suárez 2038 y Quiroga Tel. (06) 915-602, Cotacachi	Presentación institucional y del equipo que lleva los proyectos de SODEPAZ y apoyados por la JCCM. Reunión con beneficiarios/as. Rol de la UNORCAC en proceso de participación de Cotacachi El problema del agua en las comunidades de la UNORCAC Proyectos actualmente en ejecución con SODEPAZ.	Ing. Hugo Carrera, Coordinador del Área de Recursos Naturales de UNORCAC	UNORCAC fue organización importante en la construcción de la AUCC y del proceso de participación ciudadana. Es socio estratégico de SODEPAZ en Ecuador.
Mi 24/mañana	Salida a Apuela				
Mi 24/mañana (a confirmar)	Reunión y visita al Centro Hospital de Apuela	Centro Hospital de Apuela	Visitar las instalaciones del Centro Hospital Rol del personal del Centro Hospital en el proceso de descentralización Estado actual del proceso. Acuerdos con el Ministerio de Salud Logros y desafíos.	Dra. Pilar Mutre, Directora del Centro Hospital de Apuela (Ministerio Salud); y encargada zonal durante la ejecución de los proyectos.	La Dra. Pilar Mutre era encargada del anterior Centro de Salud que fue sustituido por las instalaciones actuales.
Mi 24/tarde	Estancia en Centro Hospital	Centro Hospital de Apuela	Observar el funcionamiento del Centro; conversar con los usuarios y personal del Centro, etc.		
Mi 24/ tarde	Salida para Nangulví	Nangulví			

DÍA/HORA	ACTIVIDAD	LUGAR	OBJETIVOS	CONTACTO/PARTICIPANTES	OBSERVACIONES
Mi 24/ tarde	Reunión con Marcelo Pinto, Exgerente del CIS	Cabañas Río Grande (Nangulví)	Conocer la gestión y el desarrollo del proceso de descentralización de la salud, desafíos cotidianos, institucionales, etc. Logros y problemas centrales. Situación actual y desafíos.	Ing. Marcelo Pinto, fue miembro del Consejo Intersectorial de Salud y Gerente del Comité Intersectorial de Salud (CIS).	Marcelo Pinto se encargó de la gestión y ejecución de los proyectos que aplicaban las políticas de descentralización de la salud (entre otros).
Ju 25/10:00	Reunión con José Cuevas, Consorcio Toisán	Oficinas del Consorcio (Apuela)	Conocer el trabajo del consorcio como organización local Rol de TOISAN en transición entre los dos gobiernos (2009) Situación actual del consorcio, perspectivas futuras...	José Cuevas, Director Ejecutivo del Consorcio Toisán	El Consorcio Toisán agrupa a las 9 más importantes organizaciones sociales, productivas y ambientalistas de la zona de Intag. Impulsa la gestión territorial de la cuenca del Intag hacia un nuevo y distinto modelo de desarrollo.
Ju 25/tarde	Estancia en Centro Hospital y salida para García Moreno	Centro Hospital de Apuela	Observar el funcionamiento del Centro; conversar con los usuarios y personal del Centro, etc.		
Ju 25/tarde	Reunión con Shisela Morales, Junta Parroquial de García Moreno	Oficina de la Junta Parroquial en la Parroquia de García Moreno	Conocer el trabajo y rol de Juntas Parroquiales Rol de Junta de García Moreno en la gestión de Puesto de Salud de El Chontal Situación actual y perspectivas futuras	Shisela Morales, Presidenta de la Junta Parroquial; otros miembros de la Junta Parroquial.	Shisela Morales, Presidenta de la Junta Parroquial, es lidereza local y clave en la gestión del puesto de El Chontal
Ju 25/tarde	Salida para El Chontal				
Vi 26/	Reunión con cabildo y Comité de Salud de El Chontal (esto puede realizarse el sábado 27 por la mañana)	Comunidad Chontal El (confirmación pendiente de los comuneros)	Actualizar situación y funcionamiento del Puesto de Salud Rol del Cabildo y del Comité de Salud Acuerdos con el Ministerio de Salud Logros y desafíos...	Susana Proaño, Presidenta Comité de Salud Josef DeCoux, miembro de Comité de Salud	Susana y Josef son miembros comprometidos con los servicios de salud en la zona.
Vi 26/	Estancia en Puesto de El Chontal	Puesto de Salud de El Chontal	Observar el funcionamiento del Centro; conversar con los usuarios y personal del Centro, etc.		
Sa 27/	Regreso a Otavalo				
Do 28/	Descanso				

DÍA/HORA	ACTIVIDAD	LUGAR	OBJETIVOS	CONTACTO/PARTICIPANTES	OBSERVACIONES
Lu 29/9:30	Visita a la Maternidad Mitad del Mitad	Cayambe, Av. Natalia Jarrín	Visitar las instalaciones de la sala de parto culturalmente adecuada y valorar con el grupo de parteras y promotoras los resultados de las capacitaciones.	Olga del Castillo Fernández Dra. Carmen Cadena y Cristina Quintana (enfermera)	La Dra. Carmen Cadena forma parte del equipo responsable de la maternidad y es la impulsora del modelo de salud intercultural.
Lu 29/11:30	Reunión en el Hospital Raúl Maldonado Mejía	Cayambe, Av. Córdoba Galarza y Rocafuerte	Conocer el proceso de implementación del parto culturalmente adecuado y los esfuerzos de la Dirección Provincial de Pichincha por mejorar la calidad de la atención.	Dr. Frankin Domínguez, coordinador del Hospital y Alicia Chiaiza, obstetricia y responsable del parto culturalmente adecuado	En la reunión participa igualmente un equipo de personal sanitario que de otra área de salud que están conociendo distintas experiencias exitosas para replicar en su área de salud.
Lu 29/ 14:00	Entrevista con la partera Carolina Inlago	Comunidad de Florencia	Conocer la opinión de una de las parteras participantes en el proyecto respecto a su papel en el sistema de salud público, impresiones, retos...	Carolina Inlago, Olga del Castillo Fernández y Cristina Quintana	
Ma 30/ 10:00	Reunión en la Oficina Técnica de Cooperación de España	Quito, Av. 6 de Diciembre N33-42 y Bossano, Edif. Titanium	Intercambiar información sobre el trabajo de cooperación para el desarrollo del Gobierno español en Ecuador y el de CLM y analizar posibles cauces de coordinación.	D. José Roberto Piqueras, coordinador General, y José Luis Baixeras, responsable de programas de salud	
Ma 30/12:00	Reunión con la Coordinadora de América Latina de la Fundación Salud y Sociedad		Analizar la ejecución de los proyectos financiados Conocer la estrategia de trabajo en Ecuador de la Fundación, retos actuales, recomendaciones...	Olga del Castillo Fernández	
Mi 31	Descanso y retorno				