

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

MAESTRÍA EN DESARROLLO LOCAL MENCIÓN DISEÑO Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER

TÍTULO: El Programa de Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud -Cantón Echeandía.

Periodo 2006-2008

AUTORA: Dra. Irma Patricia Concha Guaila

TUTOR: Msc. José Juncosa

FECHA: Febrero 2010

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada, en primer lugar, a Dios por haberme dado salud y vida para concluir con mis metas; a mi madre por su apoyo; a la Fundación Ayuda en Acción, equipo técnico y a las comunidades del AD-Bolívar por permitirme crecer como profesional forjando desarrollo comunitario; y, en especial, a mi eterno amor P.k.T. por el apoyo incondicional que supo brindarme durante toda mi trayectoria.

Irma

INDICE

SIGLAS Y ACRÓNIMOS	6
ÍNDICE DE GRÁFICOS	8
ÍNDICE DE CUADROS	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPITULO I.....	15
AYUDA EN ACCIÓN Y EL DESARROLLO HUMANO.....	15
1. LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO.....	15
1.1 Diferenciando a los actores.....	17
1.2 La cooperación no gubernamental para el desarrollo	21
1.3 El debate del desarrollo: del desarrollismo al postdesarrollo	24
2.EL ENFOQUE DE DESARROLLO DE AYUDA EN ACCIÓN	35
2.1 Una mirada al mundo: desigualdad y exclusión	35
2.2 Los derechos humanos y la lucha contra la pobreza y la exclusión	37
2.3 Ampliando horizontes: la identidad institucional	39
2.4 El modelo de cooperación de Ayuda en Acción.....	43
2.5 La cooperación al desarrollo de Ayuda en Acción en el Ecuador	47
2.6 La gestión del conocimiento, sistematización y aprendizajes	50
3. SALUD Y DESARROLLO.....	53
3.1 Conceptos Básicos de Salud	53
3.2 Los Sistemas de Salud.....	55
CAPITULO II.....	65
BOLÍVAR, PROVINCIA DE ENCANTOS Y DE ENSUEÑOS	65
1.1 Ubicación del lugar según la división política administrativa	65
1.2 Características geográficas, morfológicas y ambientales del lugar	65

1.3 Los recursos naturales y el territorio	66
1.4 Los servicios básicos, infraestructura y equipamiento del territorio.....	67
2. LA POBLACIÓN: CARACTERÍSTICAS GENERALES.....	68
2.1 Características étnico-culturales	69
3. LA ECONOMÍA LOCAL	71
3.1 Tendencias productivas locales: agricultura, comercio, servicios	71
3.2 Estructura de empleo e ingresos.....	72
4. ORGANIZACIONES SOCIALES Y REDES LOCALES.....	73
CAPITULO III.....	76
1. FORTALECIMIENTO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD.....	76
1.1 Antecedentes.....	76
2.EI ENFOQUE DEL SERVICIO DE SALUD.....	78
2.1 Visión Conceptual del Proyecto o tema de tesis.....	78
3. ASPECTOS ESTRATÉGICOS	80
3.1 La institucionalidad del proyecto	80
3.2 Los objetivos y metas	81
4. EL FUNCIONAMIENTO DE LAS REDES EN EL PROYECTO	86
4.1 Análisis de Actores	86
4.2 Principales resultados del proyecto	93
4.3 Grupo de Beneficiarios del proyecto.....	95
4.4 Señale la sostenibilidad de los productos	97
5. SÍNTESIS DE NUDOS CRÍTICOS Y APRENDIZAJES	98
CAPITULO IV	101
CONCLUSIONES	101
1. PRINCIPALES RESULTADOS	101
2. APRENDIZAJES DE LA EXPERIENCIA	105

3. CONCLUSIONES	106
BIBLIOGRAFÍA	108
ANEXO 1	111

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ONGD	Organización no gubernamental de desarrollo
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
UPS	Universidad Politécnica Salesiana
IUS	Instituciones Universitarias Salesianas
AeA	Ayuda en Acción
AD-B	Área de Desarrollo Bolívar
DOC	Detección Oportuna de Cáncer
PIT	Plan de Intervención Trienal
PROA	Plan Operativo Anual
SIISE	Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador
PHD	Promoción Humana Diocesana
MAGAP	Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuacultura y Pesca
ASOGANE	Asociación de Ganaderos Echeandia
IEPS	Instituto de Economía Popular y Solidaria
PRONEPE	Programa Nacional de Educación Inicial
UNORCAS	Unión de Organizaciones de San Luis de Pambil
COCIFV	Corporación de Organizaciones Campesinas e Indígenas de Facundo Vela
UNORCIE	Unión de Organizaciones Campesinas de Echeandía.
ASPROCA	Asociación de Productores de Caña de Azúcar
CORDESPROB	Corporación de Desarrollo Productivo de las comunidades de Bolívar
FUNORSAL	Fundación de Organizaciones de Salinas.
PAB	Programa Alianza para el desarrollo de Bolívar
MCCH	Maquita Cushunchic
FEPP	Fondo Ecuatoriano Populurum Progressio

MINTUR	Ministerio de Turismo Sierra-Centro
MIDUVI	Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional de Desarrollo
MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
INNFA	Instituto Nacional del Niño y la Familia
ORI	Operación Rescate Infantil
CRACYP	Corporación Red Arborizadora Campo y Progreso
PASSE	Proyecto de Atención a los Servicios de Salud - Ecuador
CONASA	Consejo Nacional de Salud
APS	Atención Primaria de Salud
SIES-ACERCA	Sistema de planificación, seguimiento y evaluación
(ONU)	Organización de Naciones Unidas

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1: Pirámide poblacional del cantón Echeandía	69
Gráfico No. 2: Festividades del Carnaval	71

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro No 1: Paisaje de actores presentes en el Área	88
Cuadro No 2: Matriz de Actores Locales	92
Cuadro No 3: Población beneficiada con la atención médica y DOC.	94
Cuadro No 4: Proyectos cofinanciados realizados en el Área de Desarrollo Bolívar mediante la red de servicios de salud.	95
Cuadro No 5: Distribución por sexo y grupos de edad del AD Bolívar	96
Cuadro No 6: Distribución por grupos de trabajo	97

INTRODUCCIÓN

La tesis sobre el programa de fortalecimiento de la red de servicios de salud es una sistematización de experiencias, para la maestría en Desarrollo Local con Mención en Proyectos de Desarrollo.

La sistematización de experiencias se realiza en las comunidades del área de influencia de la Fundación Ayuda en Acción Ecuador, que es una Organización no Gubernamental (ONG) sin fines de lucro que se constituyó legalmente el 15 de mayo de 1986. Su campo de acción se centra en la ejecución de Programas de Desarrollo Rural Integral, en las diferentes líneas de intervención de: Educación, Salud y Saneamiento Ambiental, Dinamización de Economías Locales y la Organización Comunitaria, cuyo objetivo es el de mejorar las condiciones de vida de las familias.

Desde 1996, Ayuda en Acción inicia su trabajo en el Área de Desarrollo denominada Bolívar, tras la identificación y el diagnóstico participativo, establece alianzas con otras Organizaciones no Gubernamentales (ONG), entidades locales, estatales, privadas y pobladores de la zona, es así que se acuerdan compromisos y funciones que desempeñaría coordinadamente el personal de Ayuda en Acción Ecuador junto a sus aliados estratégicos, con el fin de lograr mayor impacto en sus intervenciones. A partir del año 2000 Ayuda en Acción viene trabajando su propuesta de desarrollo integral en 45 comunidades de la provincia de Bolívar.

El Área de Desarrollo Bolívar (AD), la conforman tres parroquias: El subtrópico de la parroquia Salinas, la parroquia San Luís de Pambil y Facundo Vela y cuatro comunidades del cantón Echeandía; con superficies de valles andinos, zonas de ceja de montaña, y extensiones subtropicales. Las familias sustentan sus economías en la producción agropecuaria, que va de acuerdo a la ubicación geográfica.

La etnia poblacional del Área de Desarrollo Bolívar se compone de gente mestiza e indígena de cuyo total de población un 50% son inmigrantes llegados de las ciudades de Guaranda, Riobamba, Ambato y las parroquias de Salinas, Simiatug.

Las líneas estratégicas de intervención son: Dinamización de Economías Locales enfocadas en la Producción y Comercialización; Educación; Salud y el Saneamiento Ambiental; y Organización Comunitaria. Una vez definidas las necesidades en cada uno de estos sectores se elabora un Plan de Intervención Trienal (PIT) para tres años, durante los cuales la Fundación Ayuda en Acción ejecuta proyectos de desarrollo encaminados a propiciar cambios en su estilo de vida. Dentro de la línea de Intervención Satisfacción de necesidades Básicas, Salud Básica para Todos, el AD viene trabajando coordinadamente con redes y coaliciones posibilitando mejorar los servicios de salud y salubridad como un derecho que tiene las familias, además la formación de actores locales han permitido conformar redes de salud que fomentan una cultura de prevención personal y comunitario. Este proceso de apoyo a la salud llevado por la Fundación Ayuda en Acción en el AD-Bolívar; ha permitido recopilar información que sirvan como herramientas para la sistematización de experiencias, de manera que se analice y documente las acciones del proyecto, generando lecciones aprendidas.

Las experiencias descritas en esta sistematización referente al apoyo a la salud y salubridad ejecutadas en las comunidades del subtrópico de Bolívar, uno de los principales autores han sido los niños, niñas, jóvenes y mujeres contribuyendo a mejorar la calidad de vida y promoviendo un espacio de exigibilidad del derecho a la salud, agua y alimentación; cuyo objetivo general es el fortalecer las capacidades de Ayuda en Acción como actor en la creación de oportunidades de desarrollo local en el Ecuador.

Dentro de los Objetivos específicos están:

- Reconstruir analíticamente la memoria del Programa de fortalecimiento de la red de servicios de salud en el Área No.4. Cantón Echeandía. Año 2006-2008 como un aporte a las opciones de desarrollo de Ayuda en Acción en Ecuador.
- Identificar los aprendizajes y nudos críticos de dichas experiencias, así como su potencial para el desarrollo local en los diversos contextos.
- Valorar la experiencia acumulada del Programa de fortalecimiento de la red de servicios de salud en el Área No.4. Cantón Echeandía. Año 2006-2008, y apreciar los actores y contribuciones que la hicieron posible.

La presente sistematización recopila experiencias del Plan de Intervención Trienal (2008-2010), en el que el escaso acceso a los servicios de salud y salubridad de la población, es originado por el alto índice de pobreza que agravan los problemas de desnutrición. Otro factor es el hacinamiento en el que viven las familias, sumado al poco conocimiento de los hábitos de higiene, provocando condiciones de insalubridad que originan la presencia de Enfermedades Diarreicas Agudas e Infecciones Respiratorias Agudas.

Ante este problema, se ve como una oportunidad el trabajo con el Concejo Cantonal de Salud, a través del fortalecimiento de las mismas, evidenciándose una participación equitativa de las entidades gubernamentales, como también de la sociedad civil, tales como: Municipios, Dirección de Salud, Juntas Parroquiales de Salud, Comités Locales de Salud, organismos que realizan acciones de salud y los promotores comunitarios, que serán el motor de este proceso de participación social, con la finalidad de exigir, difundir y cumplir con los derechos de salud, y en especial con el Código de la Niñez y Adolescencia.

La problemática presentada, amerita atacar frontal y radicalmente esta crítica situación de salud y salubridad de la población, con un programa agresivo de promoción, prevención y curación; siendo la educación la piedra angular para poder llevar al fin propuesto, la misma que estará dada a través del fortalecimiento de la red de servicios de salud, la formación de promotores comunitarios, elaboración de material didáctico, difusión y promoción de los programas vigentes en el Ministerio de Salud Pública (MSP), con la capacitación permanente al personal de salud.

Con este antecedente y con la finalidad de mejorar los servicios de salud, la Fundación Ayuda en Acción dentro de la propuesta institucional destaca el logro alcanzado en la línea de salud, por lo que este documento recopila experiencias en el AD-Bolívar, permitiendo tener espacios de reflexión, generando aprendizajes y de esta manera contribuir con información sobre temáticas de la realidad local y así cumplir con los objetivos propuestos por los actores locales en mejora de las condiciones de salud y salubridad.

Para la sistematización de la experiencia se recopilaron información de los documentos de diagnóstico 2002 realizado por el Área de Desarrollo, del Plan de Intervención Trienal, (2005-2007), del Plan de Intervención (2008-2010) Planes Operativos Anuales (2005, 2007, 2008); Informes de Intervención Anuales (2007, 2008), documentos que están con los criterios básicos y los parámetros de valoración adoptados para este caso, se han tomado del sistema de planificación, seguimiento y evaluación (Sies-ACERCA) desarrollado por la institución. Además se realiza una revisión bibliográfica, la misma que ha permitido relacionar el concepto de salud y desarrollo en el ámbito de trabajo, una vez recopilada la información se procede a realizar el documento de la experiencia implementada en las comunidades del subtrópico del Área de Desarrollo Bolívar.

El documento se estructura por capítulos. En el capítulo I se incorpora un marco teórico acerca de Ayuda en Acción y el Desarrollo Humano, la Cooperación Internacional para el Desarrollo, el enfoque de Desarrollo de Ayuda en Acción, a través del trabajo con las

líneas de intervención en Educación, Salud, Dinamización de Economías Locales y Organización Comunitaria, también se describe conceptos de la Atención Primaria en Salud, relacionándose en aspectos de Salud y Desarrollo.

En el capítulo II se presenta el Contexto Geográfico de la provincia Bolívar, iniciando con la ubicación y localización del lugar en la que se sistematiza la experiencia, también se realiza una breve descripción de los recursos naturales, servicios básicos, infraestructura sanitaria, y la presencia de organizaciones en la zona; como también se da una caracterización de la pirámide poblacional, y aspectos culturales.

El Capítulo III incluye la experiencia del programa de Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud en el cantón Echeandía, su enfoque parte; con los antecedentes históricos, la visión conceptual del proyecto de tesis, así como también un análisis de los actores, y la relación con Ayuda en Acción, se describe los objetivos y metas que el programa se plantea, con sus respectivos resultados, y la sostenibilidad de los productos; se analiza los nudos críticos, los mismos que ha permitido generar aprendizajes a lo largo de la implementación y ejecución del programa de la red de salud.

En el Capítulo IV se recoge los principales resultados de todo el proceso del fortalecimiento de la red de servicios de salud, y los aprendizajes generados con la experiencia, se finaliza con las conclusiones generales del programa de la red, al final se presenta los anexos en la cual se encuentra mapas de la localización de la zona, y fotografías de la acciones que realizo la red, el documento finaliza con las referencias Bibliográficas.

CAPITULO I

AYUDA EN ACCIÓN Y EL DESARROLLO HUMANO

1. LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO

En América Latina lo que hoy en día se conoce como el sistema de cooperación internacional para el desarrollo, es un producto histórico cuyos antecedentes se remiten a la influencia primero de las “misiones” que adecuaban la administración pública y la economía de los países periféricos al sistema internacional, y luego al surgimiento de un nuevo orden internacional articulado y con capacidad de incorporar la dimensión social para superar las enormes desigualdades creadas con la expansión global del capitalismo.

Las primeras formas de cooperación entre los países considerados desarrollados o industriales y los países calificados como subdesarrollados o emergentes, se gestaron en las distintas etapas de inserción de las economías nacionales al sistema mundial, conjuntamente con la modificación de las pautas de integración internacional y la evolución de la noción de desarrollo.

Desde los albores de construcción de las naciones en América Latina y sus ulteriores períodos de industrialización, la influencia internacional que adecuaba los sistemas de gobierno y los aparatos productivos a los nuevos requerimientos de la economía internacional, se hacía por medio de las denominadas “misiones” gubernamentales o privadas, casi siempre bilaterales, que creaban la institucionalidad pública y económica para incrementar la capacidad de las administraciones públicas y de las economías nacionales.

A fines del siglo XIX y en la primera mitad del siglo XX numerosas misiones gubernamentales y privadas, en su mayoría norteamericanas, recorrieron varios países de

la región asesorando e interviniendo en la reorganización de los gobiernos y las economías de los países.

Posteriormente, con la Conferencia de Bretón Woods en 1944 en la que se crearon los organismos internacionales financieros como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, con la culminación de la Segunda Guerra Mundial y la suscripción en 1945 de la Carta de las Naciones Unidas, se produjeron tres hitos que según Prats (2001) configuraron la actual cooperación internacional. Primero la crisis económica europea de postguerra que requería del apoyo externo para su reconstrucción y frenar la influencia soviética, se dio con la intervención norteamericana y el Plan Marshall que buscaba incrementar la inversión en los países, su reactivación económica y técnica, creando un modelo de cooperación enfocado en el desarrollo como crecimiento económico.

Segundo, el ambiente de confrontación ideológica a través de la denominada “Guerra Fría” que alineaba a los países del bloque capitalista frente a los países del bloque socialista, y orientaba los flujos de la cooperación internacional hacia la creación de “zonas de seguridad”, estableció la geopolítica para la cooperación internacional. Tercero, la descolonización de varios países africanos y asiáticos demandantes de asistencia técnica y financiera para sus planes de desarrollo que, en el marco del alineamiento entre el Este socialista y el Oeste capitalista, se disputaban zonas de influencia geopolítica también repercutió en las orientaciones de la cooperación internacional.

A partir de 1960 distintos países empezaron a crear sus propias agencias especializadas para canalizar recursos y tecnología en el marco de la cooperación al desarrollo, que en el caso de los países europeos confluyó con la creación del Grupo de Ayuda al Desarrollo (GAD) que después se transformó en Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) como un foro de donantes articulado a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

Surgió, entonces, un nuevo orden internacional que articuló el sistema de cooperación internacional para el desarrollo en torno a identificar el crecimiento económico como la finalidad del desarrollo, promoviendo la expansión y consolidación democrática junto con la creación de condiciones para transitar hacia el progreso y bienestar. El nuevo orden internacional hizo suyo uno de los propósitos de la naciente Organización de Naciones Unidas: el de realizar la cooperación internacional para el desarrollo y estímulo de los derechos humanos y las libertades fundamentales, sin ningún tipo de discriminación.

1.1 Diferenciando a los actores

Sesenta y cinco años más tarde de haberse creado el nuevo orden internacional, los actores que conforman el sistema de cooperación internacional para el desarrollo no solo que se han diversificado, sino que son de distinta naturaleza. En la actualidad los actores de la cooperación internacional son gubernamentales y no gubernamentales, instituciones de carácter público y privado, unas provienen del Estado, otras del mercado y muchas del Tercer Sector, unas son instituciones generalistas y otras especializadas, hay actores oriundos de los países del Norte y también del Sur. En conjunto conforman un complejo entramado de actores, orientaciones, flujos, recursos y estrategias de acción, por lo que se hace indispensable precisar algunas definiciones básicas que ayuden a comprender a los actores y el sistema de cooperación internacional.

Hay que diferenciar la cooperación para el desarrollo de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), pues aunque no son lo mismo en el lenguaje cotidiano ambos términos suelen usarse indistintamente. Mientras el término cooperación al desarrollo es de carácter general y se refiere a los diversos flujos de recursos provenientes de fuentes públicas y privadas que se dan entre países donantes y receptores; el término Ayuda Oficial al Desarrollo, en cambio, es específico y alude a las transferencias de recursos desde países donantes a países en vías de desarrollo que provienen únicamente de fuentes públicas u oficiales.

En palabras de Boni (2004), quien retoma la definición de Gómez y Sanahuja (1999), se define a la cooperación para el desarrollo como el conjunto de actuaciones implementadas por actores públicos y privados, entre países con diferentes niveles de ingresos, con el propósito de promover el progreso económico y social de los países del Sur, de manera que sea más equilibrado en relación con los países del Norte y devenga sostenible.

Se designa como Ayuda Oficial al Desarrollo a los flujos y operaciones de recursos económicos que las agencias oficiales, incluidos los gobiernos centrales y locales, o sus agencias ejecutivas, destinan a los países en desarrollo y a las instituciones multilaterales con el objetivo de promover el desarrollo económico y el bienestar de los países en desarrollo, y son de carácter concesional¹; no se consideran los fondos que provienen de aportaciones privadas, ya que la AOD encauza exclusivamente recursos públicos, enfatiza Boni (2004, 12).

La AOD puede ser canalizada de manera bilateral o multilateral. La ayuda bilateral es la que proviene de fuentes gubernamentales y se transfiere mediante donaciones o créditos directamente a los gobiernos de los países receptores, aunque también puede hacerse a través de instituciones privadas como las ONG. La ayuda multilateral, en cambio, se canaliza por medio de las organizaciones internacionales con sus propios programas y proyectos de cooperación, cuyos fondos provienen de los Estados miembros (Torres Martínez, 2004: 43).

Del punto de vista del condicionamiento de los fondos, la AOD puede ser ligada o desligada. Se dice que la AOD es ligada cuando la cooperación se compone de préstamos

¹ El carácter concesional se refiere a que los créditos canalizados por la AOD deben darse siempre en condiciones de reembolso mucho más favorables que las aplicadas normalmente en el mercado internacional de capitales, especialmente en lo referente a tipos de interés y plazos de amortización. Considerando el grado de confesionalidad la ayuda puede ser reembolsable o préstamos y no reembolsable o donaciones.

o donaciones que deben utilizarse para la adquisición de productos o servicios del país donante, o que están aparejados con modalidades de compra que implican alguna limitación con los probables países proveedores. En cambio, se dice que la AOD es desligada cuando no está sujeta a ningún tipo de condicionalidad.

Asimismo, para distinguir entre la diversidad de actores, del punto de vista formal la AOD adopta un esquema sencillo de clasificación dividiéndoles en actores públicos y privados. Son actores públicos las agencias que tienen como propósitos de cooperación instrumentos, intereses y recursos públicos por lo que sus acciones se encuadran en las políticas públicas nacionales e internacionales de cooperación; incluyen a los organismos multilaterales vinculados al sistema de Naciones Unidas, los organismos internacionales financieros, la Unión Europea, los gobiernos de los países donantes, sus ministerios y agencias de cooperación, las administraciones autonómicas y locales, las universidades y otras entidades públicas.

De su lado, se consideran actores privados a las agencias particulares que tienen propósitos colectivos y canalizan recursos de fuentes privadas. Se diferencian entre aquellas agencias que tienen fines lucrativos como las empresas, y las que carecen de fines lucrativos como las organizaciones no gubernamentales de desarrollo (ONGD), además de otras formas colectivas de ayuda como sindicatos, organizaciones de base, comités de solidaridad, etc.

Recientemente, en los años ochenta, surgió un nuevo actor público que es la cooperación descentralizada, la que se define como la ayuda al desarrollo que realizan las entidades de gobierno subnacional de los países donantes, específicamente las administraciones autonómicas de carácter regional, provincial, o municipal y otras formas asociativas públicas locales como las federaciones de municipios y provincias, las mancomunidades e incluso los fondos de cooperación municipal.

El surgimiento de la cooperación descentralizada coincide con el auge de los procesos de descentralización gubernamental, que estimularon la adopción de nuevos roles para los gobiernos locales y regionales en los países del Norte. Su característica particular es el apoyo a los procesos de desarrollo participativo, dirigidos a fortalecer la cultura cívica asociativa y la construcción de capital social en las localidades, en tanto sean al mismo tiempo un medio para el fortalecimiento de las democracias participativas en los países del Sur, para la cual enfoca la ayuda en proyectos dirigidos a ampliar la cobertura de necesidades básicas y la lucha contra la pobreza (Palacios Córdoba, 2003).

Cabe destacar que no obstante que los fondos de la AOD provienen de fuentes públicas, su ideario no es estrictamente estatal, pues el concepto de cooperación en la práctica tiene un fuerte sentido de sustentabilidad; en palabras de Alonso (1999), la cooperación implica el compromiso de los ciudadanos con los habitantes del planeta para manejar responsablemente la situación presente y preservar el futuro para las próximas generaciones, por lo que el concepto de cooperación involucra el principio de convivencia en el mundo. Así, aunque la AOD es de naturaleza fundamentalmente pública, también conlleva una perspectiva de sociedad civil que confiere sentido a los instrumentos de la cooperación, más aún cuando son parte de las políticas públicas de un país que se han formulado con respaldo ciudadano o de sus contribuyentes.

Ambas perspectivas se integran para establecer los instrumentos de la cooperación, combinándose los aspectos estatales y de la sociedad civil de modo complementario y no excluyente; por ejemplo, lo usual es armonizar los procedimientos técnicos para la formulación de anteproyectos y estudios de pre inversión, con los procedimientos de sensibilización o adecuaciones culturales para la puesta en marcha de las intervenciones del desarrollo.

De ahí que en la definición de los instrumentos de la cooperación, se enlacen ambas perspectivas en un menú instrumental que se expande y autoregula conforme los avances

y negociaciones de la sociedad civil. Boni identifica los principales instrumentos de la cooperación para el desarrollo entre los que señala las preferencias comerciales, cooperación económica, ayuda financiera, asistencia técnica, cooperación científico-tecnológica, ayuda alimentaria, ayuda humanitaria y de emergencia, educación para el desarrollo, sensibilización e investigación, incidencia y presión política, comercio justo y ahorro ético (cfr. Boni, 2004: 14-15).

1.2 La cooperación no gubernamental para el desarrollo

Varios autores coinciden en señalar que la intervención de la sociedad civil de los países del Norte como agente del cambio social en los países del Sur, bajo el “impulso dinámico del principio de solidaridad ciudadana”, es el aspecto medular de lo que se entiende como cooperación no gubernamental para el desarrollo. Este es un fenómeno relativamente moderno y consustancial al nuevo orden internacional, pues recién desde las décadas de los años 40 y 50 del siglo XX, numerosas organizaciones sociales están apoyando el desarrollo de los países del Sur en campos muy variados que van desde la ayuda humanitaria, pasando por la promoción de los derechos individuales y colectivos, el impulso a las múltiples formas de economía solidaria, la implantación de nuevos enfoques de convivencia social, hasta lo que se ha dado en llamar recientemente los diversos modos de incidencia política.

Si bien la acción de la sociedad civil en la cooperación internacional se expresa de diversas formas, ya que suele recurrir a un amplio repertorio de mecanismos de funcionamiento que reflejan plurales maneras de entender la realidad; en la práctica, predomina la figura de las Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo (ONGD). Las ONGD operan por medio de los denominados proyectos de cooperación en busca de contribuir al mejoramiento de las comunidades donde trabajan, casi siempre empleando modalidades de intervención en “colaboración con otras organizaciones locales o apoyándose en estructuras propias establecidas directamente en la zona” (Cuesta y Calabuig, 2004: 81).

Sin embargo, pese a que la cooperación no gubernamental para el desarrollo surgió paralelamente a la AOD, y de que en términos cuantitativos la contribución de las ONGD al desarrollo es significativamente menor al proporcionado por la AOD, la imagen y relevancia de la cooperación no gubernamental es más visible, reconocida y considerada

Relevante para la opinión pública de los países del Norte, la que por lo general asocia cooperación para el desarrollo con ONG, destacan Cuesta y Calabuig (2004, 81).

Detrás del término “organización no gubernamental” se incluyen una amplia gama de organizaciones sociales, ciudadanas, gremiales, corporativas, comunitarias y de diversa naturaleza, ya que en su acepción original se destaca el rasgo negativo, esto es la condición de no gubernamental. Fue en el enunciado de la Carta de las Naciones Unidas del año 1947, que se visibilizó a las organizaciones no gubernamentales con el propósito de celebrar consultas acerca de las competencias del consejo económico y social de la organización de las Naciones Unidas.

A partir de este rasgo genérico de considerarse organizaciones de carácter no gubernamental, que también se asemeja con no estatal, las ONG al tiempo que se han multiplicado buscando su lugar en la sociedad, han dado lugar a un amplio debate en torno a su definición como actores de la sociedad civil. De entre las diversas definiciones existentes, se retoma aquella que siendo la más corta y distante de la mera descripción de sus atributos, condensa los elementos fundamentales que las constituyen, definiéndose a las ONG en palabras de Ortega Carpio (1994) como aquellas “organizaciones voluntarias, sin fines de lucro, autónomas e independientes del ámbito de los gobiernos, cuyos recursos se destinan a financiar proyectos o acciones emprendidas en el ámbito de la cooperación para el desarrollo”.

En esencia, las características fundamentales de las ONGD se resumen en que cuentan con personería jurídica y capacidad legal de acción, están animadas por un espíritu sin fines de lucro, forman parte de la cooperación al desarrollo, se orientan por valores de justicia y equidad social, surgen y se mantienen enraizadas en la sociedad, gozan de autonomía en la toma de decisiones, movilizan recursos financieros y humanos, son transparentes en sus procedimientos; en suma, su razón de ser es enfrentar la pobreza y las desigualdades sociales, así como las causas que las provocan.

Asimismo, pese a que las ONGD también son parte constitutiva de la sociedad civil, su conocimiento teórico no es del mismo calibre que el conocimiento teórico que se ha desplegado sobre otros acontecimientos sociales como los movimientos sociales, las organizaciones ciudadanas, los gremios, las mujeres sobre quienes se han construido sendos discursos teóricos. Contrariamente, acerca de las ONGD prevalece un conocimiento de tipo descriptivo y operativo que se evidencia a la hora de explicar su origen y evolución.

En todos los casos y países cuando se trata de analizar de dónde salieron y cómo evolucionaron las ONGD, es común recurrir a la explicación de que las ONGD han atravesado por sucesivas oleadas de surgimiento y consolidación, argumentando que se trata de sucesivas generaciones de nuevas ONGD en correspondencia con las tendencias discursivas del sistema internacional de ayuda al desarrollo que también incrementa su imaginario con noveles temas, derechos y perspectivas de bienestar social que dan lugar al apareamiento de otras ONGD.

El hecho es que las ONGD, progresivamente, se institucionalizan en el sistema internacional de cooperación para el desarrollo, debido a que muchas de ellas se han alineado con las políticas e intervenciones de la AOD en busca de lograr los objetivos del milenio propuestos por las Naciones Unidas, algunas han creado espacios paralelos a los foros mundiales impulsando foros alternativos, y otras han consolidado plataformas y

redes temáticas de acción especializada con alcance regional. Numerosas ONGD se han convertido en interlocutoras de los gobiernos y ganado capacidad de influencia en las políticas institucionales, tanto en los países donantes como en los países receptores de la cooperación al desarrollo.

De ahí que se ha enfrentado a sus detractores o ganando aliados, o en medio de las críticas y el reconocimiento de sus éxitos, lo cierto es que las ONGD forman parte del sistema internacional de la ayuda oficial al desarrollo y están impregnadas en los aspectos programáticos, estratégicos y operativos de las mismas problemáticas que afectan a la AOD. Las ONGD son volubles a los cambios de sentidos que adquiere el desarrollo y enfrentan, a su escala, los desafíos que se desprenden de la evolución que ha tenido la visión del desarrollo, en su transitar durante los últimos setenta años desde la invención del concepto a la contemporánea crítica cultural.

1.3 El debate del desarrollo: del desarrollismo al post-desarrollo

El enfoque del desarrollo está en el centro de apasionados debates teóricos, políticos y técnicos sobre su pertinencia y vigencia como ordenador de la realidad social². Para algunos autores como Porto-Congalves (2009, 10) el desarrollo es una idea fuerza que bajo la apariencia de una génesis sin historia, como si fuese algo natural, se mantiene como un referente incluso para los críticos del capitalismo. Otros estudiosos identifican al desarrollo como un mito en agonía y un lema político que vende productos tóxicos que amenazan la supervivencia de las mayorías sociales (Esteva, 2009, 1).

José María Tortosa (2001), argumenta que el concepto de desarrollo es una metáfora de corte biológico que esconde la fracasada ideología del ilimitado crecimiento económico,

² Una muy buena síntesis del debate sobre la crítica cultural al desarrollo o lo que se denomina el post-desarrollo, se encuentra en *La agonía de un mito; ¿Cómo reformular el “desarrollo”?*, América Latina en Movimiento, No 445, ALAI, año XXXIII, II época, junio 2009, Quito.

la que basada en el incremento del producto interno bruto (PIB) en los Estados nacionales fue eclipsada durante la etapa neoliberal, reduciendo el desarrollo nacional al “desarrollo local” con intervenciones en los ámbitos sub estatales por lo que en realidad se trata del “mal desarrollo”.

Lo cierto es que el término “desarrollo” en medio de la ambigüedad conceptual y de las tensiones entre sus usuarios y críticos, ha tenido gran influencia en el debate público por más de medio siglo, por lo que cabe la pregunta: ¿De dónde salió el término desarrollo y cómo influye en la cooperación internacional? En su acepción más general, el desarrollo alude a un programa de intervenciones públicas con énfasis en las mejoras y reformas económicas dirigidas a sacar de la pobreza a la mayoría de la población de un país, que se encuentra en condición de “subdesarrollo” porque sus habitantes profesan socialmente culturas tradicionales que les impiden adaptarse a los cambios del progreso. Lo social se asume como una combinación de factores educativos, de salud, vivienda y otros que siendo susceptibles de intervención permitirían salir a la población de su condición de atraso y pobreza.

Entonces, se trata de un programa de intervenciones públicas de corte económico y social de los países desarrollados para ayudar a salir del subdesarrollo a los países económicamente menos avanzados, por lo que en realidad la pregunta adecuada es de dónde surgió el término “subdesarrollo” que puso en condición de tal a más de la mitad de la población del planeta.

La expresión “subdesarrollo” sin ningún uso público ni trascendencia política, se atribuye a Wilfred Benson en 1942. Fue el presidente de los Estados Unidos Harry Truman quien en 1949 lanzó el mundo la denominada doctrina Truman sobre el manejo de los asuntos mundiales, la que con base en el concepto de “trato justo y democrático”, buscaba impulsar un programa de desarrollo que resuelva los problemas de las “áreas subdesarrolladas” del planeta donde habitan poblaciones en condiciones de miseria, mal

alimentadas, enfermas y con economías primitivas y estancadas que eran vistas como una amenaza tanto para ellos como para las áreas más prósperas (cfr. Escobar, 1996, 19).

El desarrollo partía de la creencia en la modernización como la fuerza vital que permitiría superar las arcaicas culturas tradicionales, por medio de la industrialización, la urbanización y el incremento material que provocarían el progreso social, cultural y político. La necesaria inversión de capital y el crecimiento económico se haría con grandes suministros de capital desde los países avanzados hacia los subdesarrollados, por lo que los gobiernos y la AOD organizarían los esfuerzos necesarios para superar el atraso general y el subdesarrollo económico.

Arturo Escobar (1996, 86) en su libro *La invención del Tercer Mundo* (1960), muestra que el desarrollo en tanto experimento histórico, empezó a funcionar combinando discursos que segregaban decisiones e imaginarios acerca de la realidad social, convirtiéndose en un espacio para la creación de conceptos, teorías y prácticas que dieron lugar a formas de profesionalización e institucionalización del conocimiento especializado y de la ciencia occidental, que acabaron convirtiendo el sueño de transformación social en una pesadilla de multiplicación al infinito de los problemas socioeconómicos de los países calificados como subdesarrollados.

El hecho es que después de la doctrina Truman se sucedieron los diversos discursos del desarrollo y el subdesarrollo que influyeron decisivamente sobre las orientaciones de la cooperación al desarrollo, muchos de los cuales se adoptaron como recetas de intervención en los países subdesarrollados con el propósito de alcanzar los niveles de crecimiento económico de los países avanzados.

A comienzos de la década de los años cincuenta inspirado en la idea del “tercer estado” de la Revolución Francesa, Alfred Sauvy imprimió el término Tercer Mundo para referirse

a los países no alineados con el bloque capitalista ni con el bloque socialista que reforzaba el rol del sector público en el desarrollo económico. Posteriormente, en 1954 un grupo de cinco países recientemente independizados convocaron una conferencia afroasiática en Bandung con el propósito de discutir sus demandas comunes, conformando el Movimiento de Países No Alineados que en sucesivas cumbres internacionales configuraron el Programa de Acción para la Cooperación Económica de los Países no Alineados que será el germen posterior del Nuevo Orden Económico Internacional (Boni, 2004: 20).

A fines de los años cincuenta, la principal teoría desarrollista fue formulada por W.W. Rostow en su obra *Las Etapas del Desarrollo Económico (1961)*, que identificaba cinco etapas por las que atraviesa cualquier sociedad en su ruta hacia la modernidad: empieza en la etapa tradicional que impide el crecimiento, luego sigue la etapa de transición con pequeños cambios en la industria y agricultura, más tarde pasa a la etapa de despegue económico con productividad e inversión sostenida, posteriormente a la etapa de madurez con la difusión generalizada del progreso y consolidación de la modernización, y finalmente llega a la etapa del consumo de masas con la generalización del bienestar.

La teoría desarrollista fue criticada por su carácter a histórico, mecanicista y enfocado en el diagnóstico interno de los países que desconocía su inserción en el sistema económico internacional. La crítica surgió desde la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) formada en la Primera Conferencia de la ONU para el Comercio y Desarrollo (UNCTAD), con la teoría de la dependencia como explicación de las causas y condiciones del subdesarrollo y de los modos de lograr el desarrollo.

La teoría del desarrollo fue formulada en un intenso debate latinoamericano³ con referencia en la propuesta de Raúl Prebisch (1963), quien introdujo los conceptos de “Dependencia y sistema capitalista mundial escindido entre el Centro y la Periferia”. En la práctica, suponía que los países realicen “reformas estructurales” con las políticas económicas, sociales y culturales que promuevan la movilidad social y la planificación estatal necesarias para el desarrollo por sustitución de importaciones o el “crecimiento hacia dentro”; ya que la causa principal del atraso de los países latinoamericanos era la dependencia de la exportación de productos primarios y la falta de industrialización.

En el curso de los años sesenta, la visión de la CEPAL al tiempo que se convertía en otra fórmula para la intervención pública en la que subyacía la visión dualista de convivencia de sectores tradicionales y modernos, fue duramente criticada porque mitificaba la influencia del feudalismo en el subdesarrollo, desconociendo que este es un producto histórico consecuencia de la expansión capitalista de apropiación de los excedentes por parte de las minorías (Frank, 1970); porque dejaba de lado las relaciones asimétricas entre los países y desconocía las relaciones de clase al interior de las economías nacionales (Cardoso y Faletto, 1969); y por el escaso análisis de los sistemas de dominación y de las fuerzas sociales para la transformación de los países de la región (Ribeiro, 1971).

Tras veinte años de que la cooperación al desarrollo aplicara las recetas desarrollistas y cepalinas se constató, a comienzos de los años setenta, que no se habían logrado el deseado crecimiento económico ni el esperado desarrollo, porque el flujo de inversiones en los países receptores no se había dirigido a sectores de alto impacto en la transformación de las estructuras productivas generadoras de empleo, y más bien se habían orientado por las prioridades geopolíticas de los países donantes. Surgió entonces la preocupación por la redistribución del desarrollo que condujo al “Enfoque de

³ El debate latinoamericano sobre el desarrollo de este período se recoge en el libro de Heinz R. Sonntag: *Duda/Certeza/Crisis*, la evolución de las ciencias sociales en América Latina, UNESCO, Editorial Nueva Sociedad, Venezuela, 1988.

Necesidades Básicas” que implicaba disponer de los ingresos suficientes para satisfacer la adquisición de bienes de primera necesidad como alimento, vestido, transporte, combustible y alojamiento, al igual que garantías en el acceso a servicios básicos de salud, educación, agua y saneamiento.

El enfoque de satisfacción de necesidades básicas suponía que internamente los países gasten en el capital humano necesario para el crecimiento económico, reinvertiendo la renta nacional; mientras en el plano internacional se buscaba trasladar la preocupación por la pobreza a las agencias donantes, instituciones multilaterales y organizaciones no gubernamentales, preocupación que fue liderada por el Banco Mundial.

En paralelo con el surgimiento del Enfoque de Necesidades Básicas, la crisis económica y las recurrentes devaluaciones monetarias de la primera mitad de los años setenta, produjeron altas tasas de desempleo e inflación en los países avanzados, así como retrocesos en los modelos reformistas y frenos al impulso industrial en los países que habían adoptado el modelo de sustitución de importaciones. Paradójicamente, al tiempo que la cooperación al desarrollo revisaba las pautas de intervención estimulada por el Enfoque de Necesidades Básicas, la situación de la economía internacional arrinconaba los debates sobre el desarrollo y centraba la atención en el combate a la crisis, especialmente a la inflación y al desempleo de los países donantes, resurgiendo las ideas del liberalismo económico que erigían al mercado como el eje redistribuidor de los bienes y servicios.

La crisis económica del sistema capitalista auspició a la Banca Privada internacional la renegociación de las condiciones de financiación de sus préstamos con los países menos avanzados, lo que elevó los montos de las deudas con sus respectivos intereses y abrió un período de renegociaciones de la deuda externa liderado por el Fondo Monetario Internacional; hasta que a comienzos de la década de los años ochenta estalló la crisis de la deuda externa, pues las economías de muchos países endeudados se declaraban en

quiebra, mientras los países avanzados se beneficiaban con el retorno de capitales vía la banca privada internacional.

La crisis de la deuda externa anunciaba el ocaso del “Estado promotor del desarrollo” junto al abandono de las políticas reformistas y nacionalistas, y la adopción del modelo económico de corte neoliberal sintetizado en el llamado Consenso de Washington⁴ que preconizaba la liberalización económica, el predominio de las fuerzas del mercado, la apertura externa y la preeminencia del sector exportador. La aplicación del Consenso de Washington en América Latina dio lugar a las “Políticas de Ajuste Estructural” y a reformas económicas promovidas por el sistema internacional multilateral para disminuir el déficit público con la reducción del gasto público, en particular el gasto social, la baja salarial y la flexibilización laboral, la privatización de las empresas públicas y en general la liberalización de la economía, provocando el desmantelamiento del Estado junto con su capacidad de intervención económica y de planificación que se había construido durante las décadas anteriores.

La cooperación al desarrollo tuvo que adecuar sus intervenciones al cumplimiento de los planes de ajuste estructural en los países menos avanzados, por lo que se empeñó en incorporar el protagonismo y enfoque de gestión de las empresas privadas en los proyectos de la cooperación, al tiempo que enfrentó dificultades de acción por falta de contrapartes nacionales. Sin embargo, los planes de estabilización originalmente económicos se extendieron a otros ámbitos de la cooperación como el fortalecimiento de los sistemas políticos, la defensa de los derechos humanos y la conservación del medio

⁴ El Consenso de Washington son una propuesta de inspiración liberal de diez reformas de política que su autor John Williamson en abierta actitud imperialista afirma creía que “Washington consideraría necesarias “para América Latina”, y se relacionan con equilibrar el presupuesto público, con la reducción y reestructuración del gasto público, la reforma fiscal con imposiciones indirectas, la liberalización de los tipos de interés, liberalización cambiaria, liberalización comercial eliminando los diversos proteccionismos, la promoción de la inversión externa, la privatización de las empresas estatales, desregulación de los mercados y la protección de los derechos de propiedad. Al respecto ver John Williamson: “Revisión del consenso de Washington”, en Louis Emmerij y José Núñez del Arco (Compiladores): *El desarrollo económico y social en los umbrales del siglo XXI*, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D.C., 1998.

ambiente, con lo que se amplió la agenda de la cooperación en un contexto signado por la restricción de recursos.

En compensación, a mediados de la década de los años ochenta, la Asamblea General de las Naciones Unidas hizo la “Declaración del Derecho al Desarrollo”, con la que vinculaba el desarrollo con los derechos humanos y definía al desarrollo como un proceso global, económico, social, cultural y político para el mejoramiento constante del bienestar de toda la población con base en la participación libre, activa y significativa en el desarrollo y en la distribución justa de los beneficios que de él se derivan (cfr. Boni, 2004, 29).

Más tarde, los años noventa fueron testigos de la globalización económica con la mundialización de los mercados financieros desregulados de los países avanzados, y sus impactos que profundizaron la desigualdad y exclusión de los países menos avanzados. La globalización también concentró el monopolio de los medios de comunicación, estimuló los flujos migratorios desde los países periféricos a los países del centro capitalista, y acentuó el desmantelamiento de los Estados nacionales con la pérdida de autonomía estatal para la toma de decisiones trascendentes.

En contraste, durante los inicios de la globalización el debate del desarrollo dio un giro desde su finalidad de crecimiento económico hacia asumir el “Desarrollo Humano”, cuyo propósito es el ser humano en tanto se refiere al proceso de ampliación de oportunidades de las personas y no solo de los países. A fines de la década el concepto de Desarrollo Humano tuvo un aporte sustantivo con la obra de Amartya Sen (2000), quien definió el desarrollo como el proceso de expansión de las libertades reales que gozan los individuos y que se traduce en la libertad general de todas las personas para vivir conforme sus aspiraciones.

El nuevo concepto de Desarrollo Humano superó el uso del PIB como instrumento de medición del crecimiento económico, poniendo en primer plano otros aspectos del desarrollo como son el disfrute de una vida prolongada y saludable, la esperanza de vida, la adquisición de conocimientos, el nivel educacional y el acceso a los recursos para una vida decente, variables que se recogen en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) usado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

El Desarrollo Humano también implicó cambios para la cooperación al desarrollo, ya que evidenciaba que muchas de las crisis internacionales tenían sus raíces en una grave escasez de bienes públicos mundiales: los grandes problemas de seguridad mundial que movilizan ingentes recursos hacia los países en conflicto y destinan otros tantos al presupuesto militar de los países desarrollados, tienen una relación causal con problemas trans-fronterizos acumulados por la incapacidad pública de resolver los grandes problemas del desarrollo nacional.

Enfrentar estos retos no es posible sin replantear el esquema de cooperación internacional vigente. Sin duda la cooperación al desarrollo, vital aún cuando insuficiente, ha permitido y permitirá avances en torno a mejorar las condiciones de vida de millones de personas en los países menos avanzados; pero los flujos de AOD hacia los países en desarrollo han sido y son principalmente inestables, influenciados, por elementos de geopolítica, desastres naturales, prioridades globales económicas, entre otras (Durán, 2006).

La posibilidad de cumplimiento de los objetivos del milenio gravita en relación al peso otorgado a la seguridad relativa a la paz como un bien público mundial, tema inserto en las agendas nacionales y regionales de cooperación. Por lo que pese a la incertidumbre en el cumplimiento de las metas del milenio, su logro implica intensificar la cooperación al desarrollo, no como acto de compasión, sino como deber y responsabilidad compartida frente a garantizar derechos a toda la ciudadanía.

Más tarde, el debate del desarrollo se amplió con el concepto de Desarrollo Sostenible levantado en el Informe Brundtland que fue presentado por la Comisión Mundial de Medio Ambiente y Desarrollo, en el que se definía al desarrollo como “la satisfacción de las necesidades del presente sin comprometer las capacidades de las futuras generaciones de satisfacer las propias”(cfr. Boni, 2004: 34), lo que implicaba incluir los aspectos ecológicos para asegurar la renovación de los recursos naturales y la capacidad de acogida de los ecosistemas. Así, el Desarrollo Sostenible ratificado en las sucesivas cumbres mundiales, fue más allá de los aspectos ambientales incorporando elementos como la participación ciudadana, la protección de los derechos humanos, la corresponsabilidad en el manejo de los recursos naturales y el principio de subsidiaridad, entre otros.

En el debate de los años noventa, también se incorporaron nuevamente las preocupaciones relativas a los impactos redistributivos del desarrollo en las poblaciones consideradas vulnerables, debido a su situación de marginación y pobreza que afecta a la mayoría de la humanidad, las que fueron fortalecidas en las sucesivas cumbres mundiales de desarrollo social con la visión de Desarrollo Social y Equidad. Del mismo modo, se incorporó la preocupación sobre el papel de la mujer en el desarrollo estimulando el paso desde la tradicional concepción de “Mujer y Desarrollo” que reforzaba sus roles genéricos sin cuestionar la división social del trabajo, al “Enfoque de Género en el Desarrollo” que incluye las relaciones de poder, el conflicto y las relaciones de género para entender la subordinación de las mujeres, visión que se confirmó en las periódicas Conferencias Mundiales de Mujeres convocadas por la ONU y recogidas en el Plan de Acción de las Mujeres (PAM).

Pese a los diferentes eventos mundiales impulsados por la ONU para incorporar los aspectos redistributivos del desarrollo, hay la certeza generalizada de que los objetivos del Desarrollo Humano están lejos de cumplirse, por lo que los países miembros de la

Organización de las Naciones Unidas, al inicio del siglo XXI, se reunieron y emitieron la Declaración del Milenio que reitera el compromiso en torno a la defensa de los valores fundamentales de libertad, igualdad, solidaridad, tolerancia, respeto a la naturaleza y responsabilidad común. Declaración que en lo pertinente al desarrollo se conoce como los Objetivos del Milenio y propone una serie de metas para las intervenciones públicas que orientan la cooperación al desarrollo.

En suma, el debate en torno al desarrollo iniciado con las teorías desarrollistas no ha concluido, pese al reconocimiento de su fracaso por su pretensión de homogenización de sociedades estructuralmente diversas, así como por estimular la vocación hegemónica de los incluidos sobre los excluidos, señala Arturo Escobar (2005, 28).

Las teorías del desarrollo se encuentran en la frontera del conocimiento y precisan de una renovación sustancial de las imágenes de sociedad y economía, considerando que las transformaciones van mucho más allá del Estado y de las estructuras socio-económicas. Requieren una transformación cultural junto a la “descolonización epistémica” que permita imaginar una sociedad diferente, en el sentido de un mundo que abandone la idea de que el crecimiento económico es el principal organizador de la vida social, reconociendo que hay diferentes discursos y representaciones culturales sobre las necesidades sociales, la vida y el bienestar, cambiando las prácticas del régimen del desarrollo, visibilizando a los sujetos sociales actores del desarrollo, y enarbolando las estrategias alternas de los movimientos sociales en diálogo con los proyectos de desarrollo (Escobar, 2005, 20).

Significa adentrarse en el llamado post-desarrollo diseñando intervenciones públicas desde cosmovisiones relacionales que superen los dualismos de tradición y modernidad, rural y urbano, economía y sociedad, mercado y bienestar, creando nuevos escenarios interculturales entre la múltiples visiones, actores e identidades compartidas para lograr

integralidad en los procesos de transformación social dirigidos al logro del buen vivir en los países menos avanzados.

2. EL ENFOQUE DE DESARROLLO DE AYUDA EN ACCIÓN

2.1 Una mirada al mundo: desigualdad y exclusión

La desigualdad marca la vida del mundo actual: desigualdades entre países ricos y países pobres, entre las personas ricas y las personas pobres, entre los hombres y las mujeres, entre las zonas rurales y urbanas, entre regiones y entre etnias y grupos. La vida de millones de niños y niñas en América Latina, Asia y África transcurre en medio de la pobreza, del abandono, la ausencia de educación, la falta de oportunidades y la vulnerabilidad. Estas desigualdades inciden en su condición de ser y hacer, en su capacidad como seres humanos.

La desigualdad social no se puede aceptar como algo necesariamente determinado por la naturaleza. Aceptarla como algo natural significaría renunciar al reconocimiento de la profunda dignidad de todos los seres humanos, renunciar al reconocimiento del otro como igual en dignidad humana y a la actividad junto con él para transformar las condiciones de su exclusión. Significaría negar la capacidad de los seres humanos y las sociedades de construir un marco de libertad desde la igualdad y la solidaridad.

Además de la pobreza, no se debe olvidar que la desigualdad, tanto entre las regiones del mundo como dentro de los países, es la característica más significativa de la economía mundial. A inicios del nuevo milenio la desigualdad distributiva va en aumento. Mientras el conjunto de los países desarrollados con poco menos del 15% de la población mundial, controlan cerca del 80% del ingreso mundial total, el conjunto de países de “bajos ingresos” en donde habitan 3.500 millones, que representan el 60% de la población,

recibe el 6.3% del ingreso mundial (Chossudovski, 2002). América Latina en la última década se ha convertido en la región del mundo con la más injusta distribución del producto social: es significativo cómo el crecimiento de las economías se manifiesta en una mayor inequidad en la distribución. En los últimos años, la brecha entre pobres y ricos ha aumentado.

La pobreza tiene manifestaciones multimodales, puesto que va más allá de lo meramente económico. La pobreza expresa la situación de privación material de condiciones (los recursos y condiciones económicas), pero hemos de reconocer en ella, al mismo tiempo, la incapacidad para el desarrollo y la imposibilidad de que la persona realice lo que potencialmente es como ser humano: refleja la incapacidad para realizar su potencia de universalidad, de libertad, de creatividad, de conciencia (Boltvinik, 2004).

Son varios los factores que inciden en la situación de desigualdad y en la perseverante situación de pobreza que se transmite de generación en generación. Aunque nadie duda de que los sistemas democráticos constituyan el marco irrenunciable para construir sociedades capaces de dar oportunidades, en muchos de los países con mayores índices de pobreza y desigualdad, la democracia aún se está consolidando y los mecanismos de funcionamiento y de participación de la ciudadanía todavía son débiles. Por ello, se hace fundamental trabajar en el empoderamiento de los individuos y colectivos, por una parte, para fortalecer una sociedad civil consciente de sus derechos, en pleno ejercicio de su ciudadanía, al tiempo que se hace necesario apoyar el fortalecimiento de las instituciones públicas, de los gobiernos locales y nacionales, para favorecer la gobernabilidad y la consolidación democrática.

Otro factor indiscutible a tomar en cuenta en el análisis de las desigualdades es la llamada “globalización asimétrica” (ONU, 2005). En el rápido proceso de globalización que tiene lugar en el ámbito económico, el logro de los objetivos internacionales en el aspecto social, cuyos mecanismos de rendición de cuentas y control de la ejecución son muy

débiles, permanece relativamente marginado. Hasta el momento, la falta de supervisión pública ha contribuido a una situación en que los costos y los beneficios de la globalización no se reparten de forma igualitaria entre los países y los pueblos. De ahí la importancia de promover una demanda generalizada de los derechos humanos y su protección política, jurídica y social.

2.2 Los derechos humanos y la lucha contra la pobreza y la exclusión

Desde la proclamación de La Declaración Universal de los Derechos Humanos por la Asamblea General de las Naciones Unidas, se han sucedido las cumbres y convenios de derechos humanos que han tratado de profundizar en aspectos fundamentales y específicos de los distintos derechos contenidos en la declaración, tomando como período especialmente intenso en desarrollo de instrumentos internacionales para la protección de los derechos humanos⁵, si bien con desigual avance.

Mientras los derechos civiles y políticos han gozado de un amplio desarrollo legislativo y un marco jurídico internacional que ha tenido desarrollos en instrumentos regionales y nacionales de protección, el ámbito de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) no ha seguido esta trayectoria. Este vacío legal respecto a los DESC ha supuesto una fuerte debilidad a la hora de exigir su cumplimiento a los gobiernos que son los responsables de garantizar y favorecer la protección y ejercicio de todos los derechos humanos al conjunto de ciudadanos y ciudadanas a los cuales gobiernan.

⁵ La lista de convenios y acuerdos internacionales es larga y aborda diversos campos: administración de la justicia, libertad, racismo, refugiados, derechos del niño, derechos de la mujer, trabajo forzoso y esclavitud, tortura y tratos inhumanos o degradantes, libertad de información y asociación, empleo, crímenes contra la humanidad y, más tímidamente algunos convenios y declaraciones relativas al desarrollo, el bienestar y el progreso social. Para mayor información sobre los convenios y tratados internacionales ver http://www.unhcr.ch/spanish/html/intlinst_sp.htm.

Por eso, en los últimos años, se están movilizando cada vez más organizaciones en torno a la idea de la justicia de los DESC, es decir, abogar para que se desarrolle el marco jurídico de protección de dichos derechos para que pueda promoverse su cumplimiento, a través del control social por parte de la sociedad civil, como ya sucede con los derechos civiles y políticos. Este aspecto de la justicia se convierte en un reto fundamental de las organizaciones de cooperación internacional si es que buscan realmente hacer sostenibles los procesos de desarrollo y la centralidad de las personas en dichos procesos.

Además de ese desequilibrio en la protección de los derechos civiles y políticos frente a los DESC, existe otro reto fundamental en la lucha por hacer efectivos los derechos humanos para todas las personas, se trata del cumplimiento –más allá de la retórica y la expresión de voluntades- de los acuerdos y leyes que desarrollan los gobiernos para hacer efectiva la protección de tales derechos y para aplicar medidas encaminadas a asegurar que tales derechos son disfrutados por el conjunto de la población sin ningún tipo de discriminación.

En esta tarea, el papel de las organizaciones sociales y las organizaciones de cooperación, de derechos humanos y de acción social es fundamental, en cuanto que pueden coadyuvar en la construcción de una demanda social y generalizada, convertida en un código universal de conductas exigibles con incidencia directa sobre los gobiernos y los organismos internacionales para exigir el cumplimiento de sus propios acuerdos, generando conciencia social sobre las situaciones de desigualdad e injusticia social, promoviendo el conocimiento y defensa de los derechos y movilizando a la sociedad civil en torno a la exigibilidad de los mismos.

Desde el año 2005 existe una iniciativa mundial en torno a la reivindicación de los objetivos del milenio (ODM) que recorre el mundo y que goza del apoyo de personalidades de diversos ámbitos social, político, artístico, intelectual. Se trata de la campaña mundial contra la pobreza promovida por las Naciones Unidas y que adopta

diferentes formas y manifestaciones en los diversos países (GCAP –Global Campaign Against Poverty o Pobreza Cero en España), como una muestra de esta creciente ciudadanía mundial, cada vez más consciente y dinámica.

2.3 Ampliando horizontes: la identidad institucional

Ayuda en Acción (AeA) es una Organización No Gubernamental de Desarrollo española y de carácter internacional que se autodefine como independiente, aconfesional y apartidista. Inició sus intervenciones en favor de las personas del Sur en el año de 1981, con el objetivo principal de mejorar las condiciones de vida de los niños y niñas, las familias y las comunidades de los países más desfavorecidos de América, Asia y África sensibilizando, al mismo tiempo, a la opinión pública española⁶.

Emprende sus acciones identificando espacios de intervención en los que junto a las comunidades trabajen en perspectiva de largo plazo, implementando proyectos que tienen una duración aproximada de diez a doce años dirigidos a atacar las causas culturales de la pobreza y al fortalecimiento de los vínculos y la solidaridad comunitaria. Además, en las zonas de intervención se provee asistencia técnica y económica en situaciones de emergencia provocada por catástrofes naturales, conflictos bélicos o cualquier otro desastre humanitario que afecten a las poblaciones.

⁶ En España AeA promueve campañas de Educación para el Desarrollo y Sensibilización para acercar la realidad de los países menos avanzados a la opinión pública española, participando en foros de debate, grupos de trabajo de solidaridad y haciendo acercamientos a los medios de comunicación. La divulgación de sus labores, la búsqueda de nuevos colaboradores y de recursos materiales que mejoren la calidad de vida de los que menos tienen, también son parte de los fines de AeA en España.

Del punto de vista estratégico, AeA se plantea como misión institucional el “mejorar las condiciones de vida de los niños, las niñas, sus familias y las comunidades a través de proyectos de desarrollo integral y actividades de sensibilización, con el fin último de procurar cambios estructurales que lleven a la erradicación de la pobreza” (AeA, 2007).

Alineada con el paradigma del Desarrollo Humano, AeA enfoca el desarrollo en las personas y en un mundo sin pobreza en el que los individuos disfruten plenamente de sus derechos, participando democráticamente en las decisiones que afectan sus vidas, por lo que su acción se basa en una cultura institucional de compromiso en el esfuerzo y en la calidad, de evaluación y de aprendizaje continuo. Su visión institucional se sintetiza en los siguientes aspectos:

“Una organización de cooperación de dimensión internacional situada al lado de quienes viven en pobreza y exclusión. Una organización cuya tarea primordial es impulsar el fortalecimiento de capacidades individuales y colectivas de los niños, las niñas, sus familias y las comunidades, trabajando al lado de las personas y colectivos en el logro de sus aspiraciones de vida digna y en la búsqueda de sostenibilidad de los procesos de desarrollo local. Una organización que tiene como signo que la distingue la promoción y establecimiento de vínculos de solidaridad para participar en la construcción de un mundo justo” (AeA, 2007).

Esta visión estratégica conlleva cuatro claves para definir la identidad institucional. Dos de las claves hacen referencia a identidad fundacional: el carácter independiente, apartidista y aconfesional y la centralidad de las personas y su protagonismo basado en el reconocimiento de la dignidad de las personas como atributo esencial de las mismas. Otra de las claves implica un desarrollo de directo entre las personas, abordado desde el apadrinamiento al vínculo solidario. La cuarta es poner en el centro las capacidades de las personas y es la percepción de los socios en los países donde hay presencia institucional, por las personas y colectivos junto a quienes se implementan los proyectos. Las claves de la identidad de Ayuda en Acción son:

- i) Organización independiente, apartidista y aconfesional. Uno de los rasgos que ha distintivos de AeA desde su fundación es su carácter independiente, apartidista y aconfesional. Ayuda en Acción financia sus proyectos con fondos que proceden en un 85% de donantes privados, lo que permite mantener la independencia frente a las administraciones públicas. De la misma manera, no se adscribe a ninguna ideología partidista o confesional, sino que por compromiso se posiciona al lado de las personas más desfavorecidas. Desde este compromiso se dirige a todos los sectores de la sociedad para solicitar su solidaridad y colaboración en diversos modos y proyectos, y apoyar las demandas de los colectivos para juntos instar a los gobiernos y las instituciones públicas a garantizar condiciones de posibilidad para hacer efectivo el ejercicio de los derechos fundamentales y el desarrollo de proyectos de vida plena por parte de dichos colectivos.

- ii) La centralidad de las personas y la presencia local. En los veinte y cinco años de experiencias de Ayuda en Acción, la confianza en las personas y su capacidad para “tomar las riendas” de sus propios procesos ha estado siempre presente y ha guiado la evolución y desarrollo de la metodología de trabajo de la organización. La reflexión interna y también el trabajo codo a codo junto a la población de base, enseña a valorar cada vez más la importancia de poner en el centro del trabajo institucional a las personas. La permanencia de Ayuda en Acción durante largo tiempo en una localidad facilita ese conocimiento de las capacidades locales, así como una interacción entre el conocimiento y el esfuerzo local y el aporte de la organización.

Se parte del reconocimiento de que la Cooperación con mayúsculas, la oficial y la que se mueve en las esperas internacionales, con frecuencia se pierde en estadísticas, en números y en datos que no siempre toman en cuenta el impacto real que las decisiones tomadas a nivel internacional tienen sobre las personas con nombre y apellidos, sobre los colectivos que están invirtiendo su esfuerzo en generar procesos de desarrollo que les ofrezcan un futuro más justo, abierto a la igualdad de oportunidades y al pleno ejercicio de sus derechos. De manera muy destacada,

interesa reconocer y potenciar el protagonismo de las personas y colectivos con los que se trabaja, como los auténticos actores de sus propios procesos de desarrollo individual y colectivo.

- iii) El vínculo solidario. La experiencia institucional de Ayuda en Acción demuestran la validez de una de las principales apuestas fundacionales: promover una relación directa y personalizada entre un ciudadano o ciudadana del Norte y un niño, una niña, su familia y las comunidades en el Sur. El vínculo solidario es planteado por Ayuda en Acción como un proyecto ético-político. Es político, porque expresa la intencionalidad de la organización en la mediación de la relación del vínculo solidario y es ético, porque busca lograr una relación cada vez más simétrica entre la persona que dona y la que recibe (entre el padrino o la madrina y el niño o niña apadrinada), partiendo de una actitud inicial de reconocimiento de la dignidad y la solidaridad como dos pilares de la relación y se consolida en torno a la aspiración de hacer efectivo el pleno ejercicio de los derechos humanos.

En este proceso de evolución del apadrinamiento hacia la relación de vínculos solidarios, y a través del propio aprendizaje extraído por la organización en las diversas formas en que se ha ido materializando a través de los años la relación padrino/madrina y niño/niña, Ayuda en Acción decide potenciar, junto al apadrinamiento, otras formas de vínculos solidarios entre colectivos afines o ligados por objetivos e intereses comunes.

La relación del vínculo solidario Ayuda en Acción se identifica como una acción que facilita el conocimiento directo de dichos colectivos, que promueve el establecimiento y crecimiento de esta relación y la dota de una razón de ser y un horizonte común: luchar contra la pobreza a través de la defensa y ejercicio activo de los derechos humanos, poniendo en el centro de esta lucha a las personas y la relación afectiva

entre ellas, lo que facilita la comprensión y empatía entre las partes y la búsqueda de sinergias para alcanzar ese horizonte común.

- iv) El fortalecimiento de capacidades como metodología de intervención. La presencia por largo tiempo de Ayuda en Acción en los espacios en los que desempeña su labor, permite y facilita la consolidación de procesos pedagógicos que, más allá de los meros resultados, deja el poso de una metodología del aprendizaje continuo, que es uno de los principales aportes de la organización. La educación y el fortalecimiento de capacidades parece estar en la base de todo el trabajo que realiza Ayuda en Acción y que, al mismo tiempo contribuye a darle consistencia y una base integral al conjunto de actividades y líneas de actuación, enriqueciendo nuestra identidad desde este rol formador y educativo, pero entendido de una forma integral, transversal a toda la metodología de trabajo institucional.

En la base del interés por el fortalecimiento de las capacidades está la apuesta por promover e impulsar la educación para todos y todas. Se entiende la educación como un derecho básico que abre un abanico de oportunidades a las personas para su desarrollo personal y para el desarrollo de su entorno, contribuyendo al empoderamiento personal y colectivo que promueve el fortalecimiento de la ciudadanía, la democracia y el ejercicio de los derechos humanos. Una educación a lo largo de toda la vida que abarca todas las facetas de la vida humana.

2.4 El modelo de cooperación de Ayuda en Acción

La pobreza es el fenómeno humano expresado en la extrema exclusión que sufren millones de habitantes, las familias y los colectivos comunitarios por efecto de un sinnúmero de relaciones injustas que tejen la estructura social, cultural, política y económica de nuestras sociedades. AeA considera a la pobreza como un fenómeno multidimensional, por tanto, para lograr mejores condiciones de vida y bienestar es

necesario reconocer la vinculación existente entre los fenómenos sociales y económicos, sus articulaciones e interrelaciones.

Esas relaciones de injusticia de unos grupos respecto de otros –que se vienen manteniendo desde hace siglos y que persisten con fuerza- han disminuido el valor del ser, del saber, del tener y del poder de la mayoría de las colectividades humanas del planeta, incluido nuestro País. Por ello, se propone un sistema de desarrollo a escala humana desde lo local, articulado a lo regional y nacional, donde la satisfacción de necesidades básicas está relacionada con el ser y el tener, donde el saber surge como una prioridad fundamental para el impulso de las capacidades humanas.

En estas circunstancias, el rol institucional constituye una delicada responsabilidad que va más allá de la solución de necesidades básicas. Es un compromiso ético que procura la construcción de un mundo más justo y más humano que requiere ser asumido con entereza. Por ello, AeA ha venido construyendo un Modelo de Desarrollo que junta el compromiso solidario a la causa de los pobres y a la calidad técnica de la intervención institucional.

El Modelo de Desarrollo Humano integra una visión o ideal de sociedad solidaria, equitativa y democrática que anhelamos para todos y todas; una gestión identificada con el respeto y ejercicio de los derechos humanos, el reconocimiento de los saberes comunitarios y las prácticas sociales, culturales y políticas de los pobres y excluidos; unas estrategias que facilitan los procesos más adecuados para que los ciudadanos y ciudadanas marginados y marginadas, con su propio protagonismo, capacidades e institucionalidad, accedan a mejores niveles de vida; y, unas líneas y ejes de intervención que priorizan, sobre la base de diagnósticos participativos, las problemáticas locales para concretar la cooperación institucional.

La puesta en marcha del Modelo de Desarrollo Humano caracteriza la identidad institucional de Ayuda en Acción. Las intervenciones tienen como fundamentos: a) el reconocimiento de que la pobreza y la marginación constituyen una violación de los derechos humanos fundamentales, b) la convicción de que los procesos de desarrollo local resultan sostenibles si son producto de la acción colectiva, y c) la determinación de actuar apoyando procesos de desarrollo integrales y de largo plazo que generen cambios significativos.

El compromiso central apunta a profundizar en la vinculación y apoyo a las personas, comunidades, colectivos y organizaciones locales que impulsan y participan en procesos de desarrollo local para erradicar la pobreza y lograr condiciones de vida digna. Se reconoce que para alcanzar la generación y fortalecimiento de procesos de desarrollo hay que acrecentar las capacidades financiera y técnica para:

- Apoyar el alcanzar satisfacciones básicas (salud, educación, vivienda, agua potable) para mejorar las condiciones de bienestar de los niños, las niñas, sus familias y las comunidades.
- Fortalecer acciones que dinamicen las economías locales apoyando la mejora de la infraestructura, la generación de nuevos comportamientos productivos, la mejora de los procesos productivos, la comercialización, el abasto, la generación de empleo, el acercamiento de los productores a servicios financieros.
- Apuntalar acciones que acrecienten las capacidades técnicas locales actuando a favor de la formación de recursos humanos de nivel técnico y profesional, de la generación y gestión de conocimientos e información y de la generación de tecnologías.
- Afirmar los esfuerzos de las personas y colectivos, las organizaciones y los gobiernos locales para replantear los modos de relación con el medio ambiente y

con la naturaleza, incidiendo en un aprovechamiento racional y sustentable de los escasos recursos naturales.

- Fortalecer el ejercicio de una ciudadanía activa que se organiza para lograr el cumplimiento de derechos y que se responsabiliza en construir oportunidades sociales de vida digna, fortaleciendo prácticas de buen gobierno, espacios públicos de debate, de incidencia y concertación entre actores sociales.
- Actuar con ayuda humanitaria y asistencia en situaciones de emergencia, de desastre y con mayor capacidad para promover la gestión de riesgos que reduzca las condiciones de vulnerabilidad de las familias y las comunidades.

El trabajo local es el eje dinamizador de la presencia de Ayuda en Acción en otros espacios. Desde las aspiraciones de vida digna y los proyectos colectivos de felicidad de niños y niñas, de familias y comunidades, se promueve el fortalecimiento de las capacidades de las organizaciones locales, de los socios estratégicos, así como la propia institucional para lograr una gestión y administración de los procesos de desarrollo cada vez más efectiva y de mayor impacto. Se propende cada vez más a constituirse en referente de las buenas prácticas del desarrollo local.

Ratificando su vocación por el desarrollo local, Ayuda en Acción se propone consolidar y profundizar la participación en procesos alternativos de desarrollo en las localidades, de manera que el fundamento que ha servido de base a la intervención institucional continúe configurándose en el futuro, es la palabra, el esfuerzo y las esperanzas de las personas y colectivos como protagonistas de su propio desarrollo.

2.5 La cooperación al desarrollo de Ayuda en Acción en el Ecuador

Ayuda en Acción en el Ecuador trabaja por el desarrollo de las zonas rurales pobres desde el año 1986, implementando procesos equilibrados y sinérgicos, articulados con líneas de acción que generan en la población ecuatoriana facultades para ejercer una ciudadanía activa e influyente, empoderándose de los procesos sociales, económicos, políticos y culturales. AeA en Ecuador participa decididamente en redes y coaliciones regionales y nacionales, constituidas junto a otras organizaciones gubernamentales o no gubernamentales, con el fin de lograr mayor impacto en sus intervenciones.

Si bien Ayuda en Acción es en Ecuador una de las Organizaciones Internacionales No Gubernamentales de Desarrollo que en el último trienio ha venido ampliando su presencia a nivel local y nacional, gracias a los contenidos de la propuesta de cooperación, las cualidades estratégicas de su intervención y la solvencia de los sistemas de gestión; a nivel interno promueve un proceso permanente de mejoramiento institucional en los aspectos de intervención, presencia, crecimiento y desarrollo para la consolidación de una Organización que sea capaz de lograr efectivamente su visión y misión.

Las líneas de intervención identificadas con las problemáticas más comunes de las áreas de desarrollo de AeA Ecuador son:

- i) Apoyo a la satisfacción de necesidades básicas que comprende aportes para:
 - Universalización de la Educación: entendida como la satisfacción de necesidades básicas y aprendizaje para el desarrollo humano de la infancia, los jóvenes y los adultos. Está definida como aquellos conocimientos teóricos y prácticos, destrezas, valores y actitudes que en cada caso y en cada circunstancia resultan indispensables para que las personas puedan encarar sus necesidades básicas

respecto a la supervivencia, el desarrollo pleno de las propias capacidades, el logro de una vida y trabajo dignos, una participación plena en el desarrollo, la toma de decisiones informadas y la posibilidad de seguir aprendiendo.

- Salud Básica para Todos: el objetivo es satisfacer las necesidades de salud a partir de un amplio sistema de cobertura sanitaria y de una respuesta a las funciones esenciales de salud. Trabajando junto con la población para responder a las necesidades sociales y sanitarias que se presentan a lo largo de las diferentes etapas de su vida.
- Seguridad Alimentaria Familiar: orientada hacia el acceso a los alimentos adecuados para una vida saludable de todos los miembros de la familia. Los alimentos son adecuados de acuerdo a criterios de calidad, cantidad, seguridad y aceptación cultural.

ii) Dinamización de las economías locales. Las acciones se enfocan en pro de un desarrollo humano y sustentable, entendido éste como la interacción que existe entre el ecosistema y el ser humano. Se contribuye a desarrollar procesos multidisciplinares que sean técnicamente posibles, económicamente viables, culturalmente aceptables, socialmente justos y ecológicamente respetuosos. Los fundamentos para la dinamización de las economías locales son:

1. Reconocimiento de las actividades agropecuarias, artesanales, agroforestales, servicios, turismo, migración que estructuran los ingresos familiares.
2. Identificación de acciones que mejoren cualitativa y cuantitativamente “lo que la gente está haciendo”.
3. Identificación de nuevas actividades que puedan desarrollar las familias o las organizaciones locales y que generen productos o servicios de aceptación, demanda interna y que además sean sustentables.

4. Identificación de procesos en el ámbito agropecuario que posibiliten mejorar la eficacia mediante la reducción de costos de producción y de post-cosecha, la asignación de valor agregado, el establecimiento de encadenamientos productivos y la operatividad de canales alternativos de comercialización.

Se pone a disposición de los sectores sociales más desfavorecidos programas de microcrédito, entendido éste como una herramienta financiera para su propio desarrollo.

- iii) Ambiente y uso sustentable de los recursos naturales. Todas las actividades reconocen la importancia de la interacción que existe entre el ser humano y la naturaleza. La producción agropecuaria, la conservación de los recursos, y la protección ambiental confluyen en la propuesta agroecológica implementada en las ADs. Las actividades se orientan a garantizar la preservación de los recursos naturales desde prácticas agroecológicas, la recuperación de ecosistemas, el impulso de la educación ambiental y el fomento del turismo ecológico y agro artesanal.
- iv) Fortalecimiento de las capacidades técnicas locales. Para la construcción de los procesos de desarrollo local, se propicia la participación efectiva, democrática y equitativa de las personas y colectivos más marginados, mediante el fortalecimiento de sus capacidades técnicas y productivas.
- v) Empoderamiento ciudadano. Impulsado a través del fortalecimiento organizativo para el ejercicio ciudadano, que se concreta en el apoyo de Comités de Gestión Local, Corporaciones de Desarrollo Productivo, Redes Campesinas, entre otras.

Estas líneas se refuerzan con varios ejes transversales entre los que destacan el enfoque de equidad de género, el ejercicio de una ciudadanía dinámica y los procesos interculturales. Además, cabe anotar que este modelo se soporta en un sistema de planificación, seguimiento, evaluación y control de calidad de la cooperación, cuyos preceptos conceptuales e instrumentos garantizan, a los implicados en los procesos de

desarrollo, a los donantes y a la misma institución, una gestión eficiente, eficaz y transparente.

El esfuerzo desplegado, apegado a este modo de actuar institucional, va encontrando importantes resultados en los grupos humanos con los que trabaja. Asegurando que, cada vez con mayor fuerza, se observan actores y actoras locales con capacidades solventes para participar reflexiva, propositiva y corresponsablemente en el análisis y solución de la problemática comunitaria y local; líderes campesinos y lideresas campesinas que procuran la conformación y consolidación de organizaciones de base, de segundo y tercer grado que luchan por el reconocimiento colectivo de sus derechos; y, centenares de hombres y mujeres con mejores capacidades para negociar el valor de su trabajo en la comercialización de los productos agropecuarios y artesanales, en el mercado laboral, así como en otros aspectos.

2.6 La gestión del conocimiento, sistematización y aprendizajes

Ayuda en Acción entiende a la Gestión del Conocimiento, la Sistematización y el Aprendizaje como los procesos mediante los cuales se adquieren, generan, almacenan, comparten y utilizan conocimientos información, ideas y experiencias potenciando al elemento social y la comunicación humana en la transferencia de los talentos para mejorar la calidad en el cumplimiento y desarrollo de la misión de la organización. Para esto plantea acciones direccionadas a:

- Actualizar los modelos de cooperación y desarrollar creativamente nuevos modos de intervención para responder eficazmente a las situaciones de pobreza y de exclusión social.
- Impulsar los cambios de organización necesarios para hacer de Ayuda en Acción una organización centrada en el aprendizaje, capaz de sistematizar sus experiencias y de participar en el amplio debate sobre el combate a la pobreza.

- Fortalecer el sistema interno de información y gestión para asegurar eficiencia y eficacia en el cumplimiento de los objetivos y la realización de las finalidades de la Institución.

El sistema de aprendizaje que ha establecido Ayuda en Acción está concebido para acercar a la institución el conocimiento que individual y colectivamente se adquiere con la experiencia para extraer lecciones que mejoren las intervenciones.

El conocimiento asociado a una persona y a una serie de habilidades personales, se convierte en sabiduría, mientras el conocimiento asociado a una organización y a una serie de capacidades organizativas se convierte en capital intelectual; por lo que el aprendizaje organizativo permite aumentar las capacidades de una organización, es un medio para que ésta pueda resolver problemas cada vez más complejos de manera oportuna y eficiente. Es decir, aprender juntos a resolver problemas con una efectividad determinada.

Se trata de originar una relación cíclica e imparable de acciones consecutivas: recuperar para compartir, compartir para aprender, y de nuevo recuperar dicho aprendizaje.

Con esta óptica y para operativizar la estrategia a través del sistema de planificación, se adecuó y reordenó la estructura orgánica funcional de la institución tanto de la Oficina Matriz como en las Delegaciones en los países de América Latina donde tiene presencia.

En consecuencia el Programa Nacional Ecuador ha diseñado y puesto en marcha un Sistema de Gestión del Conocimiento mediante el desarrollo de procesos de formación permanente, intercambio de experiencias, sistematización y diseño de modelos y metodologías.

La iniciativa de este sistema tiene un doble valor: es un programa de capacitación de recursos humanos que fortalece las capacidades técnicas de los funcionarios de equipos propios y socios estratégicos, y, principalmente, es contribuir a la erradicación de la pobreza en procura de cambios estructurales para construir un mundo justo, mediante la cualificación de cuadros técnicos de las organizaciones de la sociedad civil de las regiones de intervención.

Ayuda en Acción Ecuador promueve vínculos solidarios entre ciudadanos y ciudadanas de España e Inglaterra y niños, niñas, familias y comunidades de las regiones y comunidades de las catorce Áreas de Desarrollo que impulsa en el País. El sistema de auspiciamiento o apadrinamiento ha sido la base para la promoción de esta relación de vínculos solidarios, donde Ayuda en Acción juega el papel de mediador, motivador y facilitador para fortalecer la relación entre el donador y el niño, niña, su familia y comunidad, quienes son los receptores de la ayuda.

En ese sentido se trabaja para asegurar que la relación entre el donante y el receptor de la ayuda se realice desde la solidaridad y la dignidad de las personas que participan, que abra la oportunidad para una relación intercultural, y que signifique tanto en el norte como en el Ecuador un ejercicio de ciudadanía corresponsable desde ambas partes para construir un mundo justo.

Vínculos Solidarios es la propuesta institucional que define la forma en la que trabaja el auspiciamiento o apadrinamiento. Busca con la acción una relación ética entre personas en el Norte y los niños, las niñas, sus familias y comunidades en el Sur, mediante el compromiso solidario del que da, y la actitud digna del que recibe, consolidando una relación en términos de igualdad, un diálogo intercultural que genera intercambio y conocimiento entre sujetos de culturas diferentes, y reafirmando una relación constructora de ciudadanía.

3. SALUD Y DESARROLLO

3.1 Conceptos Básicos de Salud

La Organización Mundial de Salud formuló la siguiente definición de salud “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o discapacidad”.

Esta definición, que data de 1961, tiene ciertas características importantes, el concepto asume un estado de salud ideal, universal y aplicable para todos, lo que se necesita es una definición dinámica, porque diferentes poblaciones viven en un estado diferente de salud. La Conferencia Alma Ata reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible del nivel de salud es un objetivo social sumamente importante para todo el mundo, cuya realización requiere de muchos otros sectores sociales y económicas, además del sector salud.

Según C. E. Winslow (1920), la salud pública es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficacia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: saneamiento del medio, control de las enfermedades transmisibles, educación sanitaria, organización de servicios médicos y de enfermería, desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud.

El concepto actual menciona que es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de una comunidad. Con la Conferencia de Alma Ata en 1978 se ahonda la preocupación de intervenir en las determinantes de la salud y mejorar la calidad de vida de la población más vulnerable, especialmente en lo que se refiere a garantizar el acceso a los servicios de salud y servicios básicos como agua segura y saneamiento básico.

Posteriormente en la conferencia de Ottawa (1986) sobre Promoción de la Salud, fue ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo y se tomó como punto de partida los progresos alcanzados con la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, la consigna de "Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido en los espacios de definiciones de prioridades mundiales en salud.⁷

La respuesta a la demanda de la población, en función de las necesidades definidas por los servicios de salud, constituye la base de la planificación de las actividades de salud, lo cual requiere de parte del servicio de salud la capacidad de empatía. La empatía es, en el diálogo con la población, la capacidad de comprender el sufrimiento sentido y de percibir el malestar individual o de la comunidad y así poder encontrar soluciones adecuadas. La relación entre la demanda y las necesidades y la superposición de estas es solamente parcial. Los técnicos de salud consideraban la parte de la demanda que no corresponde a la demanda como "necesidades no percibidas" y la parte donde hay superposición es considerado como necesidades percibidas o demanda racional.

Esta relación no es estática, dinámica y cambia en el curso del tiempo. Las necesidades percibidas representa el punto de partida para la organización de los servicios de salud. En la interface entre la población y los servicios de salud es necesario tomar en cuenta la cultura de salud que existe dentro de la comunidad y su propia habilidad para resolver los problemas en términos de demanda aunque sean irracionales.

⁷ La Conferencia de Alma Ata (1978), se recoge en los Documentos del Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, Unión Soviética.

3.2 Los Sistemas de Salud

La Constitución de la República del Ecuador dispone en el “Artículo 32.- La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Desde la Comunicación y la Educación tradicionalmente, se han realizado acciones de Promoción de la Salud. En los años 70 se hablaba ya de empoderamiento y la participación de la comunidad a través de procesos de comunicación para el desarrollo y de educación para la Salud. En el año 1978 se desarrolla un Proyecto de Participación Comunitaria en Salud Familiar con el apoyo técnico y financiero del Gobierno Británico en el que se incluyen las líneas de acción de Promoción de la Salud: participación social, coordinación intersectorial, descentralización, enfoque de derechos e interculturalidad, y promoción de estilos de vida y ambientes saludables.

En el período 1999-2000 se crea la Dirección de Promoción y Atención Integral, sin embargo no se desarrolló en forma inmediata el enfoque de Promoción de la Salud, a pesar de que se venía construyendo en diversos espacios. En este contexto se desarrollaban experiencias de un cambio de enfoque en la salud al propiciarse la participación comunitaria, el acercamiento de los servicios de salud a las necesidades comunitarias, con aceptación de los saberes y cultura ancestrales.

En el año 2003 se estructura un grupo de Promoción, que inicia un proceso de difusión y elaboran las bases para la formación de una Comisión de Promoción en el Consejo Nacional de Salud (CONASA) con el apoyo técnico de profesionales de la salud cubanos. En la Dirección de Promoción y Atención Integral, se elabora la propuesta para la inclusión en la nueva estructura del Ministerio del Subproceso de Promoción de la Salud, con el diseño de todos los elementos conceptuales y productos, misión visión y objetivos que posicionaron a la Promoción dentro de la nueva Estructura del Ministerio.

Paralelamente en el CONASA se estructura la Comisión de Promoción dentro de la Ley Orgánica y el reglamento de la Ley del Sistema Nacional de Salud, la misma que es presidida por el Subproceso de Promoción de la Salud en donde se elaboran las Políticas Nacionales de Promoción de la Salud. Dentro de la perspectiva renovada de atacar los problemas de salud, la promoción se constituye en la modalidad rectora para la formulación de las actividades del sector en todos los niveles, en especial en el ámbito local.

Se conceptúa a la promoción de la salud como la suma de las acciones de la sociedad, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminada al desarrollo de mejores condiciones de la salud individual y colectiva. La promoción de la salud adquiere verdadera importancia toda vez que las condiciones de salud se encuentran relacionadas con factores de riesgo ligados no solo a comportamientos individuales y grupales sino, también, a otros determinados por las condiciones más generales que existe en una sociedad dada.

Según la definición dada en la primera conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, reunida en Ottawa el 21 de noviembre de (1986) define como proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, la promoción de la salud trasciende la idea de formas de vida sana, para incluir las condiciones y requerimientos para la salud que son:

la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, un ecosistema estable, los recursos sostenidos, la justicia social y la equidad.

Con la Misión de contribuir a mejorar el nivel de salud de la población promoviendo acciones de promoción y la creación de espacios de análisis y concertación con la comunidad, instituciones públicas y privadas, gobiernos seccionales, ONG, sociedad civil, para la inserción de procesos de promoción, comunicación y educación para la salud, en diferentes ámbitos y en los planes de desarrollo de los gobiernos locales.

Enmarcado en la visión de mejorar la calidad de vida de la comunidad en general, a través de la construcción de una cultura de salud para la adopción de estilos de vida saludables, prevención, acceso a los servicios de salud, creación de entornos saludables con enfoque de derechos, interculturalidad y género, con la más amplia participación comunitaria.

Para el efecto existe el marco jurídico respectivo y constante en la constitución anterior y actual, ley orgánica, ley del sistema nacional de salud, ley de maternidad gratuita y atención a la infancia, código de la niñez e infancia. El nuevo modelo de Atención Integral de salud familiar, comunitario e intercultural basado en la Atención Primaria de salud y en la Promoción de la salud es un medio para lograr mejorar las condiciones de salud.

La red es el conjunto de nodos y nexos, interrelacionados (sistemáticamente), hacia un fin común. La Red del Sistema Nacional de Salud está compuesta de proveedores, unidades de salud, servicios y otros actores, quienes deben funcionar “de forma integrada, interconectada, interdependiente e ínter cooperante.

La red incluye la estrategia de atención primaria de salud (APS), que se define como la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y aun costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de sus desarrollo con su espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.⁸

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud.

La atención primaria de salud comprende:

I) Es a la vez el reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública.

II) Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.

III) Comprende las siguientes actividades:

- La educación como método de prevención ante los problemas de salud.
- La promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada.

⁸ El debate sobre la Atención Primaria de Salud, fue analizada y discutida en Loja (2009), la información se recoge en el documento del 4to Congreso por la salud y vida.

- El abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico.
- La asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación familiar.
- La inmunización contra las principales enfermedades endémicas locales.
- El tratamiento adecuado de las enfermedades y traumatismos comunes.
- El suministro de medicamentos esenciales.

IV) Busca la participación del sector salud, de todos los sectores y aspectos conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular de la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones, y exige el esfuerzo coordinado de todos los sectores.

V) Exige y fomenta en grado máximo, la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y control de la atención primaria de salud, haciendo el mejor uso de los recursos locales, nacionales y de otros recursos disponibles.

VI) Debe ser sostenida por sistemas de referencia integrados, funcionales y mutuamente sostenibles, que orienten hacia un mejoramiento progresivo de la atención sanitaria global para todos y dando prioridad a los más necesitados.

VII) Se basa en los niveles locales y de referencia, en el personal de salud, incluyendo según proceda médicos, enfermeras, parteras, auxiliares, y trabajadores de la comunidad; así como practicantes tradicionales en la medida que se necesiten, para el trabajo con el equipo de salud y responder a las necesidades expresadas por la comunidad.

Además existe tres tipos de organismos de concertación que son los Consejos de Salud: en el nivel nacional el Consejo Nacional de Salud (CONASA), en el nivel provincial Consejo Provincial de Salud y en el nivel cantonal Consejo Cantonal de Salud. Las autoridades locales fortalecerán mecanismos de concertación a través de los consejos de salud garantizando la participación ciudadana de manera paritaria, en la elaboración, seguimiento y evaluación de políticas, planes y programas locales. Fomentará e impulsará la conformación de veedurías ciudadanas, evaluación de la satisfacción del usuario/a y generación de espacios de participación ciudadana en la toma de decisiones.

El Sistema Nacional de Salud llega a la población mediante Redes Plurales (públicas y complementarias) de servicios que deben garantizar la resolución de la mayoría de problemas que afectan a la salud. La red provincial y regional garantizará la resolución de los problemas referidos que demandan diversos grados de complejidad, de modo que sólo casos excepcionales se refieran fuera de estos linderos. La Autoridad Sanitaria Nacional, de modo concertado a través de los Consejos Nacional, Cantonales y Provinciales de Salud, definirá la red de autosuficiencia correspondiente para estos dos niveles.

El Dr. Rodrigo Díaz, médico familiar, Presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar manifiesta que la Atención Primaria en Salud (APS) es una estrategia cuyo objetivo fundamental es dar atención en salud con la mayor calidad y tecnología posible pero siempre de acuerdo a la realidad de la comunidad donde ésta realiza su trabajo. Su definición ha sido discutida desde su lanzamiento en la década de los 70s y desde su concepción ésta incluye la mejor calidad posible, lo cual conlleva mayor capacidad de resolver los problemas de salud de la población. Siempre se pensó en el personal humano capaz de realizarlo y se vio que el médico familiar es, por su perfil, el profesional más indicado para realizar esta función.

La APS es una estrategia para proveer a la población los cuidados de salud que requiere y abarca a todo el sistema sanitario (incluye a los tres niveles de atención), mientras que el nivel de atención es cómo están organizadas las instituciones prestadoras de salud, de acuerdo a su infraestructura y al tipo de problemas que resuelven, desde las que brindan una atención más general (primer nivel) a las que dan una atención más especializada (tercer nivel).

La semejanza radica en que la mayoría de las actividades de la APS se realiza en el primer nivel y que uno de los objetivos de la estrategia APS es fortalecer este primer nivel para que sea la puerta de entrada al sistema de salud y que tenga una capacidad de resolución mayor. Existen claros ejemplos de que también se puede realizar APS en el segundo e inclusive tercer nivel. Por ejemplo si bien el mejor lugar para realizar una actividad de prevención como la vacunación es el primer nivel de atención (como un subcentro de salud), esta actividad también se puede realizar en el segundo nivel (un hospital cantonal) y en el tercer nivel (un hospital de especialidades) y no deja de ser una intervención de atención primaria.

También se suele confundir la complejidad con el nivel de atención. Muchas veces se piensa que los problemas atendidos en el segundo o tercer nivel son más complejos. Sin embargo la mayoría de problemas que se atiende en el primer nivel de atención tienen mayor complejidad por un sinnúmero de factores, como las preferencias culturales, y las creencias que inciden en la salud de un usuario. En cambio el nivel de resolución se refiere a los recursos y capacidad de un servicio para resolver un problema o dar una prestación.⁹

⁹ El debate sobre la Atención Primaria de Salud, fue analizada y discutida en Loja (2009), la información se recoge en el documento del 4to Congreso por la salud y vida.

Dentro del Marco Legal para el ejercicio de la Medicina Ancestral con el Sistema Nacional de Salud. Las luchas permanentes de los pueblos indígenas por sus derechos, el convenio 169 de la OIT, las movilizaciones por los 500 años, la proclamación del Año Internacional de las poblaciones indígenas del mundo por parte de la Organización de Naciones Unidas (ONU), que luego sería decenio de los pueblos indígenas del mundo, el otorgamiento del premio Nobel de la Paz Rigoberto Menchú, fueron las vertientes que confluieron hacia la necesidad de promover un proceso de trabajo conjunto y coordinado a favor de los pueblos indígenas de la región.

En septiembre de (1993) surge la iniciativa salud de los pueblos indígenas de las Américas con los siguientes principios:

- Necesidad de un enfoque integral de la salud.
- Derechos a la autodeterminación de los pueblos indígenas
- Respeto y revitalización de las culturas indígenas.
- Reciprocidad en las relaciones entre los actores involucrados en los procesos.
- Derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas a través de sus representantes.
- La Constitución Política del Ecuador, la ley orgánica del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de creación de la Dirección Nacional de Salud Indígena.

En la constitución Política del Estado (1998) se reconoce la existencia de la Medicina Ancestral y a los Pueblos Indígenas con su sabiduría, como parte de los derechos de los pueblos y en concordancia con los Derechos Humanos. La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, reconoce a los prestadores ancestrales de salud, como un proveedor de salud, y considera su articulación fundamental para el funcionamiento del Sistema.

El 13 de Septiembre de (1999) se crea la Dirección nacional de Salud de los pueblos Indígenas (DNSPI), con la misión de promover el mejoramiento de la calidad de vida de los pueblos indígenas mediante:

- El fortalecimiento y reconocimiento de Sistemas de salud de las nacionalidades y pueblos Indígenas, con acciones orientadas al desarrollo de la sabiduría ancestral, cuyas ceremonias, lugares sagrados, ritos, conocimientos, actitudes y prácticas que garanticen estilos de vida saludable: El Buen Vivir para Todos.
- El adecuado acceso a otros sistemas y servicios de salud que deberán ser oportunos, compatibles, autos sostenibles, eficaces, mantener calidad, calidez y cuyas acciones se orienten a fortalecer la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud.
- La operación de procesos de investigación, comunicación, información y educación culturalmente adaptados (IEC), gestión del talento humano, coordinación, gerencia de calidad y participación social”.¹⁰

Las actividades de los servicios de salud se inscriben en el conjunto de las actividades humanas engranadas al bienestar de la comunidad y de sus miembros, ninguna de estas actividades pueden ser concebidas de forma aislada sin tener en cuenta las otras, una actividad de salud puede influir sobre el nivel económico de la misma forma que un actividad agrícola puede influir en el estado de salud de la población.

Las acciones de salud representan, por lo tanto, solo un elemento para el desarrollo y no necesariamente la más importante. Sería irreal no tomar en cuenta el rol que los servicios de salud puedan jugar en el desarrollo global del potencial de una comunidad, el mejoramiento de los servicios de salud tiene poco sentido sino promueve el bienestar

¹⁰ La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, se recoge en el libro de División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS/OMS, Washington, D.C. Marzo, 1997.

global. Siguiendo el ejemplo del equilibrio necesario entre los sectores del desarrollo, es igualmente importante mantener un balance en la división de los recursos en la gestión del distrito, y la participación de las comunidades.

CAPITULO II

BOLÍVAR, PROVINCIA DE ENCANTOS Y DE ENSUEÑOS

1.1 Ubicación del lugar según la división política administrativa

La provincia Bolívar capital Guaranda se ubica en la parte central del Ecuador, con una superficie de 1897,8 km² con una población de 169.370 habitantes de acuerdo al último censo (2001); con una altitud de 2668 m.s.n.m., tiene una temperatura de 14 °C; de acuerdo a la división política comprende 7 cantones: Guaranda, Caluma, Chillanes, Chimbo, Echeandía, Las Naves y San Miguel, como se puede observar en el Anexo No 1, con 9 parroquias urbanas y 21 parroquias rurales.

El cantón de Echeandía, fue creado el 5 de enero del año 1984. Abarca una superficie de 230,6 km². Está ubicado al occidente de la provincia, en las estribaciones de la cordillera. Climáticamente, pertenece a la zona subtropical, lo cual favorece su economía ya que la mayor parte de la población se dedica a la agricultura, con la producción de la zona: naranja, café, cacao, caña de azúcar.¹¹

1.2 Características geográficas, morfológicas y ambientales del lugar

Guaranda es la capital de la provincia de Bolívar se encuentra ubicada en el centro del Ecuador entre la Costa y la Región interandina, por lo que goza de una variedad de climas desde el subtrópico hasta el frío páramo donde en cada uno de ellos se desarrolla una vida diferente y única que son motivo de estudio y protección. En la ciudad se comercializan los productos de la zona como la panela, aguardiente, lana, y tejidos. Su

¹¹ El lugar de ubicación de la provincia Bolívar, se recoge en los documentos del Ministerio de Turismo (2009).

altitud va desde 300 msnm en el subtrópico hasta los 4550 msnm en los páramos, su temperatura varía desde los páramos fríos 4°C a 7°C hasta el clima subtropical cálido con entre 18°C y 24°C.

El cantón Echeandía se encuentra ubicado en el Noroccidente de la provincia de Bolívar a 65 km. De la capital de la provincia, su superficie es de 229,9 km², y representa el 5.9 por ciento de la superficie total de la provincia de Bolívar; su nombre se debe al héroe de la independencia Don Manuel de Echeandía, su cabecera cantonal Echeandía, está con una latitud de 270 msnm; con una temperatura que oscila entre los 24°C. Echeandía se encuentra comprendido entre el 70° 10' 70° 22' de longitud Oeste. Tomado en consideración criterios ecológicos, sociales y físicos se subdividió al cantón en tres zonas: alta, media, baja y área urbana. ¹²

1.3 Los recursos naturales y el territorio

Según datos del Plan de Desarrollo Local Echeandía (2001) se encuentra ubicado en el subtrópico de la provincia Bolívar, comprende de los pisos latitudinales de 18 a 24°C de temperatura, existen bosques subtropicales en extinción por lo cual demanda acciones de preservación y protección. Según el Mapa Geológico del Ecuador, el material del sector está caracterizado por lavas y piro clastos de edad polinésica pleistocénica y depósitos superficiales de litología variada perteneciente al cuaternario, la zona presenta un paisaje característico determinado por vertientes altas, medias y bajas, donde atraviesan los ríos y quebradas que descienden de las cumbres y disecan el terreno originando entre otras formas áreas socavadas, montañosas y declives ondulados. En la parte baja se han formado un conjunto de colinas erosionadas, cuyo relieve varía desde las altiplanicies planas, los valles aluvios interrumpen la continuidad de la ladera media y baja con un su forma alargada y estrecha de fondo plano cóncava, están cubiertos de abundante vegetación natural y cultivos que se dan todo el tiempo.

¹² Las características geográficas, morfológicas y ambientales del lugar se recoge en los documentos del Plan de Desarrollo Local (2001).

El cantón Echeandia está rodeado por varios ríos que sirven de sustento para las actividades agrícolas y pecuarias que se desarrollan en el cantón, entre los principales ríos se encuentran: el río runa yacu ubicado al norte del cantón, otro río importante es el Chazojuan que irriga la parte central del cantón, y en el sector sur el río de piedras.

1.4 Los servicios básicos, infraestructura y equipamiento del territorio

Las principales vías de acceso que tiene el cantón Echeandia son: Echeandia - La Cena - Guanajo; Echeandia Barraganete - Ventanas; Echeandia – Barraganete - Selva Alegre; Echeandia-Chazojuan; y Echeandia-Congreso, la primera conecta al cantón con la capital de la provincia y la Sierra en general, la segunda vía permite la comunicación con las ciudades de Babahoyo y Guayaquil. A más de la vías carrozables existe un sin número de caminos de herradura o chaquiñanes que permite conectar a una comunidad con otra.

El cantón cuenta con un Centro de Salud del Área No.4 ubicado en el centro de la ciudad, y los Subcentros de salud ubicados en las comunidades de Chazojuan, La Palma, San José de Camarón, San Luis de Pambil, Sabanetillas; y en el cantón Guaranda con el Área de Salud No.1 con la Unidad de Salud de Facundo Vela; el 2% de las comunidades disponen de casa comunales, que son utilizadas para asambleas generales de la población, eventos de capacitación, actos sociales y culturales, un 72% de las comunidades cuentan con establecimientos educativos; además existe estadios, guarderías infantiles, puentes, canchas de uso múltiple, cementerios, coliseos y un mercado.¹³

El acceso a servicios básicos en la zona urbana el 92,6 % reciben el agua de la red pública, mientras que en la zona rural apenas el 29,3% se beneficia de este sistema de abastecimiento de agua; en cuanto a la eliminación de excretas el 34,5% de la población elimina las aguas servidas a través de la red pública de alcantarillado, el 26,4% a través de

¹³ Los datos geográficos, recursos naturales, se recoge del Plan de Desarrollo Local Echeandia (2001).

pozos ciegos; el 11% mediante pozos sépticos y el 28% a campo abierto, en lo referente a la energía eléctrica el 84,36% y servicio telefónico el 9,64%.¹⁴

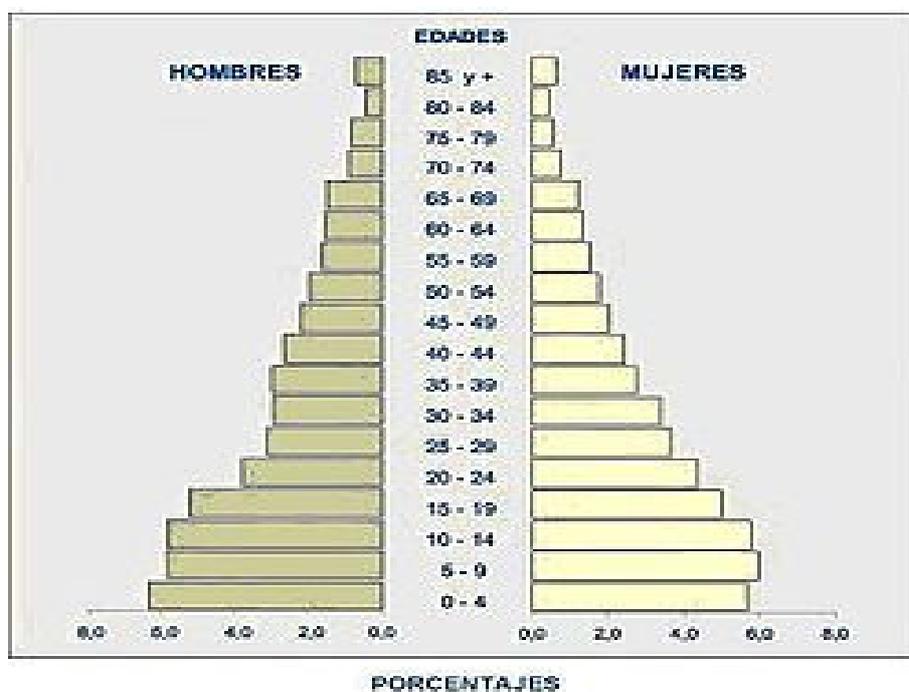
2 LA POBLACIÓN: CARACTERÍSTICAS GENERALES

De acuerdo con los datos presentados por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), del último Censo de Población y Vivienda, realizado en el país, Echeandia presenta una base piramidal ancha, a expensas de los grupos de edad comprendidos entre 0 a 19 años. Existe migración desde este cantón a diversos lugares de la provincia y el país. La tasa de crecimiento anual de la población de 1,0%. En el área rural del cantón se encuentra concentrada un 58% de la población de Echeandia. La población femenina alcanza el 49,4%, mientras que la masculina, el 50,6%. El analfabetismo en mujeres se presenta en 13,4%, mientras que en varones: 9,5%. (SIISE 4.0); como se puede observar en el siguiente gráfico:

¹⁴ Los datos sobre el acceso a los servicios básicos, se recoge en el documento del V Censo de Vivienda (2001).

Gráfico No. 1

Pirámide de población del Cantón Echeandía



Fuente: Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE 2007).

2.1 Características étnico-culturales

La provincia Bolívar, cantones y parroquias culturalmente se caracteriza por la presencia del Carnaval que constituye la fiesta mayor de la ciudad y la provincia; en la que se demuestra de manera plena todas sus manifestaciones culturales plasmadas en la poesía, la música, y la pintura; Guaranda brilla en esta expresión cultural auténtica de honda tradición popular, que se la mantiene con mucho celo, con afecto y generosidad que usted tiene que vivirla. Se celebra en el mes de Febrero, en esta fecha Guaranda, sus cantones y parroquias, son las más visitadas por los turistas nacionales como extranjeros. Existen varias comparsas previas, bailes tradicionales y aire festivo previo al juego con agua, serpentinas, talco, huevos, sumado a comidas típicas y el agradable licor llamado pájaro azul.

Al igual que otras celebraciones en la región, es una mezcla de las festividades originadas en la religión Católica y en ritos incaicos. Su forma de celebración une las dos culturas; indígena y mestiza. La celebración religiosa representa los tres días antes de la Cuaresma de Semana Santa; la otra, la indígena precolombina, está relacionada con la fertilidad de la tierra, es por esto que se usa gran cantidad de agua en el Carnaval. Según la leyenda Shamán, el Cacique, quien era el líder de la tribu de los descendientes de los dioses, tenía que imitar la blancura de la nieve, ser como una nube, ahí es cuando se origina la costumbre de cubrir el cuerpo con talco o harina para limpiar la blancura con agua. En época de fiesta del carnaval encontramos los siguientes platos típicos: fritada, mote, papas con cuy, morcilla, chigüiles, dulce de zambo, frutas y membrillo, chicha, entre otros.¹⁵

¹⁵ Para ampliar los aspectos culturales de la provincia Bolívar, se recomienda ir a la página Web www.guaranda.gov.ec.

Grafico No. 2

Festividades del Carnaval



Fuente: página web. www.guaranda.gov.ec

3. LA ECONOMÍA LOCAL

3.1 Tendencias productivas locales: agricultura, comercio y servicios

El cantón tiene dos tipos de clima: subtropical y templado con buena producción agrícola y ganadera, su recurso forestal es importante con bosques nativos donde abunda la tagua y la cascarilla. En la zona alta el principal cultivo de las comunidades es el pasto, se destinan alrededor de 17.050 hectáreas; el segundo cultivo es la naranjilla en las 17 comunidades se cultivan 882 hectáreas; en la zona media el cultivo de pasto es la más importante, correspondiéndose el 59% de la producción total, y le sigue la fruticultura entre los que se destacan el guineo y la naranja, el cacao, caña de azúcar y maracuyá; para el cultivo de pasto se destina alrededor de 4.651 hectáreas; en la zona baja la fruticultura es la actividad de primer orden, en la agricultura, su producción abastece su mercado local, y para las provincias de Pichincha, Guayas, Tungurahua, Chimborazo y el resto del país.

La producción frutícola en la zona baja comprende el 70% del total de suelo cultivado, y le sigue en importancia el cultivo de cereales (maíz y arroz) con una superficie cultivada de 15.8% y en tercer lugar están los pastizales con una superficie cultivada de 14% del total de su territorio, siendo los principales cultivos del cantón son los pastos, frutales (guineo, naranja, cacao, naranjilla, plátano, orito, caña de azúcar y dentro de los cereales maíz y arroz.

En el sector pecuario el 100% de las fincas tiene el sistema de explotaciones bovinas de doble propósito. El engorde de las toretes también los llevan en las fincas, con el ingreso de Promoción Humana y la creación de las queseras ha aumentando el número de vacas de ordeño, tanto en las fincas pequeñas, medianas y grandes.

Otro componente importante en la producción pecuaria son la cría de porcinos, aves y en menos escala cuyes. Esta característica tradicional de la combinación y explotación de animales, constituye al sustento de las familias agrarias. La presencia de equinos como caballos, mulas y asnos, son el medio de transporte, y de tracción para mover los trapiches y producir aguardiente y panela. En Echeandia existe diez tercenas, los que ofrece su producto a los consumidores del cantón, además se cuenta con trece introductores, los cuales venden su ganado en Ventanas y Guayaquil, convirtiendo a este último en el mercado más grande e importante del ganadero.

3.2 Estructura de empleo e ingresos

La ganadería y la agricultura es el principal fuente de empleo de la familias; según estadísticas de la Asociación de Ganaderos de Echeandia (ASOGANE) se vendió 8105 animales en el año 2003, con un precio promedio de 250 USD; el otro rubro importante es la venta de leche que es de 7000 litros de leche diarios; 5.500 litros son utilizados en las queseras rurales y los 1500 litros restantes se venden; 500 litros en Echeandia y 1000 litros en ventanas. El precio a nivel de finca es de 0,28 centavos por litro, lo que genera

515.400 USD, constituyéndose la ganadería en uno de los rubros más importantes para la economía familiar campesina.¹⁶

Según datos del Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE 2007) los índices de pobreza a nivel de la provincia Bolívar son del 65.9% y la incidencia de extrema pobreza de consumo es del 37,6%; las familias sustentan sus economías en la producción agropecuaria, que va de acuerdo a la ubicación geográfica y a los pisos ecológicos en donde habitan, a nivel de la parroquia Facundo Vela es del 93.0% y de extrema pobreza 70,90%, en la parroquia Salinas la pobreza esta en el 88,30% y la extrema pobreza en un 47,90%, San Luis de Pambil tiene porcentajes de pobreza del 80,20% y 31, 30% de extrema pobreza, estas pertenecientes al cantón Guaranda; y en el cantón Echeandia.¹⁷

4. ORGANIZACIONES SOCIALES Y REDES LOCALES

De acuerdo al Plan de Desarrollo Local las organizaciones sociales presentes en la zona son la Unión de organizaciones Campesinas e Indígenas del cantón Echeandia (UNORCIE), es una entidad jurídica representativa y participativa para la gestión del desarrollo local sostenible; la Fundación de Desarrollo Comunitario de Echeandia (FUDECOME), desarrolla proyectos relacionadas a asistencia técnica, capacitación, en proyectos productivos en el ámbito agropecuario.

En el sector rural se encuentran grupos de interés como de producción y comercialización agropecuaria, industrialización agropecuaria, cooperativas de ahorro y crédito, ecoturismo, grupos de catequistas, juntas administradoras de agua potable. Entre las más importantes son: la Asociación de producción de quesos de la comunidad Unión del Congreso, la microempresa de mermeladas de la Unión el Congreso, y las cajas solidarias.

¹⁶ La principal fuente de ingreso de las familias del cantón Echeandia se sustenta en la Ganadería y la Agricultura, estudio recopilado a través del documento del Plan Desarrollo Local (2001) del cantón Echeandia.

¹⁷ Los datos de pobreza del cantón Echeandia, se recoge en el documento Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE 2007).

En la zona urbana se encuentran las siguientes organizaciones; Liga Deportiva cantonal, La Unión Nacional de Educadores núcleo de Echeandia, la Asociación de tricicleros, la Alcaldía de los niños Asociación de Damas, de Agricultores, y la Asociación de Ganaderos. Entre las organizaciones de tercer grado están Plan Internacional, Fundación Ayuda en Acción, Grupo de Consultores del Cantón Ventanas (GRUCOV); y las entidades autónomas como la Universidad Estatal de Bolívar, Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda (MIDUVI), Cruz Roja, Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA) y la Defensa Civil.

Existe la presencia del Gobierno Provincial de Bolívar, el mismo que se vincula con los Gobiernos Locales de los cantones de Las Naves, Chillanes, San Miguel, Caluma, Chimbo, Echeandia y Guaranda; en cada cantón se encuentra formado el Concejo Cantonal de salud, el Consejo Cantonal de la niñez y Adolescencia, la Red de Buen Trato, y Red de Turismo del subtrópico, los cuales trabajan en mesas para la elaboración de propuestas, las mismas que son gestionadas a nivel de instancias públicas como privadas.

Además, a nivel provincial están presente la Dirección de Educación Hispana, que trabaja con la Red Escolar Autónoma de San Luis de Pambil, y la Dirección Intercultural Bilingüe con las escuelas de la localidad; la Dirección Provincial de Salud de Bolívar presta sus servicios a través de las Áreas de salud No. 1, 2, 3, 4 con sus respectivas Unidades de Salud y comunidades de acuerdo al área de influencia.

Como parte de la estrategia institucional el Área de Desarrollo Bolívar (AD) ha impulsado procesos de desarrollo comunitario como el programa de Escuelas de ciudadanía, el Concejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia a través de la línea de intervención de vínculos solidarios, que tiene como finalidad que cada niño/niña ejerza y exija sus derechos; otras acciones que se realiza en el ámbito dentro de la línea de Dinamización de Economías Locales es el programa de Seguridad y Soberanía Alimentaria; a través de la implementación de huertos familiares y Unidades Integrales Autosuficientes (UNIAS); que son espacios donde la familia trabaja para obtener alimentos sanos y nutritivos

guardando estrecha relación con el medio ambiente coordinando con las redes de nutrición a nivel de las Unidades de Salud. Medio ambiente, con la finalidad de contribuir a la preservación de los recursos naturales el Área de Desarrollo en alianza con el Ministerio del medio ambiente, Direcciones Provinciales de Educación Hispana y Bilingüe ha realizado Encuentros Ambientales con la participación de niños/as de las comunidades.

Además con la finalidad de bajar el índice de alfabetización el área de desarrollo fue parte del programa “Yo si Puedo”; estas acciones han permitido que las familias mejoren sus condiciones de vida, además uno de los logros significativos ha sido el trabajo con los Comités Zonales de Educación donde se encuentran agrupadas de 8 a 10 escuelas, su mayor actividad es planificar acciones conjuntas que permitan mejorar la educación de la zona, a través de la alianza interinstitucional se ha construido el documento de la Estrategia de intervención de educación en sus tres niveles: Inicial, Básica y de Adultos que tiene como marco de referencia los convenios firmados con las instituciones educativas.

Las acciones realizadas en el AD-Bolívar están acompañadas como eje transversal con la parte organizativa, que ha permitido el fortalecimiento organizativo de las organizaciones de base, para el desarrollo de sus comunidades en los ejes de acción en salud, educación, producción, y vínculos solidarios.¹⁸

¹⁸ La información sobre las organizaciones presentes en la zona y las acciones que realiza, se sugiere ver el documento del Plan de Desarrollo Local (2001) y el PIT (Plan de Intervención Trienal (2008-2010).

CAPITULO III

FORTALECIMIENTO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD

1.1 Antecedentes

El AD Bolívar se ubica en la parte noroccidental de la provincia Bolívar, las familias sustentan sus economías en la producción agropecuaria, que va de acuerdo a la ubicación geográfica y a los pisos ecológicos en donde viven. La zona por su ubicación goza de una exuberante vegetación la misma que no es preservada, pues ésta viene siendo explotada de manera indiscriminada, a causa de la deforestación realizada por los mismos campesinos como una alternativa económica, que se evidencia con la disminución de los caudales de agua de los ríos y vertientes que abastecen de este líquido a las comunidades. Se suma a este problema la explotación de pastizales para ganadería, como también los monocultivos, que han deteriorado el suelo.

En las comunidades del AD la infraestructura sanitaria no cubre las necesidades básicas, siendo el 60% el que tiene acceso a agua entubada y el 10% a agua potable. Respecto de la eliminación de excretas y aguas servidas apenas un 30% dispone de este servicio. Lo que ocasiona la prevalencia de enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años es del 20,3%, como también las infecciones respiratorias es del 42,7%, se debe indicar que la desnutrición crónica (baja talla por edad) en niños menores de 5 años es de 24,9%.

Es alarmante el hecho de que en la provincia de Bolívar teniendo un 65,1% de la población con conocimiento sobre el Síndrome Inmune Deficiencia Adquirida (VIH - SIDA), apenas un 0.4% conoce alguna forma de prevención del mismo. Estos índices se incrementan cuando el nivel de educación de la población es menor, y, mayor en su

grado de pobreza. Una de las características de la zona es que tiene una población dispersa y con vías de acceso de tercer orden lo que dificulta que la población pueda acceder a los servicios de educación, salud, producción, entre otros, y los excluye del cumplimiento de sus derechos.

Las familias sustentan sus economías en la producción agropecuaria, que va de acuerdo a la ubicación geográfica y a los pisos ecológicos en donde viven. Para efectos de planificación el área ha sido dividida en tres Microrregiones: Chazojuan, San Luis de Pambil y Facundo Vela, como se puede observar en el Anexo No 2. El Área de Desarrollo Bolívar (AD), trabaja a través de las líneas de intervención de salud, educación, producción, organización y vínculos solidarios, establece alianzas interinstitucionales con entidades estatales, privadas y organizaciones comunitarias; con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de las familias.

Para garantizar la salud y salubridad, se ha realizado la alianza interinstitucional con la Dirección Provincial de Salud de Bolívar, mediante el apoyo al fortalecimiento de los sistemas y servicios estatales; la intervención en los procesos de conformación de redes de atención sanitaria; ha permitido brindar atención a la salud de niños y niñas mediante protocolos de seguimiento, continuidad y resolución de los casos y problemas de salud que afectan a la población infantil, apoyo a los proyectos estatales como maternidad gratuita se ha concretado en la conformación de veedurías que vigilan su implementación, y el apoyo a la formación y el fortalecimiento de las capacidades locales a permitido fomentar acciones de salud a nivel comunitario.¹⁹

¹⁹ Las condiciones actuales de vida en el Área de Desarrollo Bolívar, se recoge en el Documento del Plan de Intervención Trienal (2008-2010)

2. ENFOQUE DEL SERVICIO DE SALUD

2.1 Visión Conceptual del Proyecto o tema de tesis

Para la sistematización de la experiencia, de acuerdo a la metodología de planificación, seguimiento y evaluación, se ha recopilado documentos del Plan de Intervención Trienal, informes anuales, proyectos cofinanciados, los mismos que han permitido documentar la experiencia del Área de Desarrollo Bolívar.

La propuesta institucional ha definido su intervención en este horizonte sobre la base de la estrategia de atención primaria de salud, entendida como la atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en metodología y tecnología socialmente aceptables, accesibles universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de la participación, y a un coste que la comunidad y el país pueda soportar, a fin de mantener en cada nivel de su desarrollo, un espíritu de auto dependencia y autodeterminación, formando una parte integral tanto del sistema sanitario como del total del desarrollo social y económico de la comunidad.

La implementación de la red de servicios de salud en las comunidades del sector rural ha permitido establecer alianzas interinstitucionales con entidades públicas como privadas, la salud y la salubridad ha tenido prioridad, el contar con un programa de la red de servicios de salud; permitiendo adecuar y equipar las Unidades de salud, implementar 7 botiquines comunitarios; realizar campañas en salud preventiva y curativa y la formación de agentes locales de salud para la gestión comunitaria, en cuanto a la salubridad con la participación de las comunidades se conformaron las Juntas Administradoras de Agua.

Las acciones implementadas fortalece la coordinación interinstitucional, así como también la conformación de los comités de salud comunitarios ha permitido crear

espacios para la exigibilidad del derecho a la salud, agua, y alimentación. Sin embargo las dificultades presentadas a lo largo de la implementación de la red de servicios de salud, ha sido el cambio administrativo que se han dado a nivel de la Dirección y Áreas de Salud por cuestiones de índole político, lo que ocasionado que los procesos emprendidos se dé en forma lenta.

El reto con relación al apoyo a los servicios de salud ha sido el aporte en el desarrollo de los sistemas locales de salud y de los modelos de servicios, como también evaluar los cambios que se han experimentado en las condiciones de salud comunitaria a partir de los diferentes roles que han tenido los recursos humanos locales, como promotores, agentes de salud con destrezas curativas como organizadores de respuestas de reivindicación colectivas, apunta a mejorar las relaciones de equidad entre el hombre y la mujer, respetando las potencialidades y debilidades que tiene cada uno de ellos, aceptando su participación en los espacios de decisión, y su protagonismo en el desarrollo de sus comunidades y familias.

La población acceden a servicios básicos como agua, a una eliminación adecuada de excretas y la toma de conciencia en adoptar hábitos de higiene corporal, familiar y comunitaria, contribuyendo a reducir la presencia de enfermedades parasitarias, infecciones respiratorias y de la piel, creando espacios saludables, mejorando la salud y salubridad de los niños, niñas, jóvenes, mujeres y la población en general.

Los Comités, Juntas Parroquiales y el Concejo Cantonal de salud han sido espacios de veedurías ciudadanas, en donde se han generado propuestas integrales de salud y a la vez exigen la mejora de los servicios de salud a las comunidades.

La formación de la red de Juntas Administradoras de Agua Potable en la microrregión de Chazojuan ha sido una instancia de veeduría social, y a la vez han sido autogestionadoras de obras de Infraestructura Sanitaria para sus comunidades. La implementación de la red de servicios de salud se relaciona dentro del programa de Ayuda en Acción en Ecuador, con la misión de mejorar las condiciones de vida de las

familias, con la participación activa de los actores locales, brindándoles el protagonismo que necesitan para elevar su autoestima y ser quienes orienten el desarrollo de sus comunidades.

3. ASPECTOS ESTRATÉGICOS

3.1 La institucionalidad del proyecto

La línea de intervención Satisfacción de Necesidades Básicas “Salud Básica para Todos”; se vincula a los ejes de actuación de: Seguridad alimentaria familiar; Apoyo a la organización comunitaria; Formación de formadores y promotores; Promoción y participación en redes y coaliciones; siendo el objetivo la mejora de las condiciones de salud y salubridad de la población permitiendo el acceso a los servicios de salud y saneamiento básico integral; mediante un programa con la red de servicios de salud; en la que participan los Concejos Cantonales de Salud, Comités, a través del fortalecimiento de las mismas, donde se evidencie la participación equitativa de las entidades gubernamentales, como también la sociedad civil, tales como: Municipios, Dirección de Salud, Juntas Parroquiales de Salud, Comités Locales de Salud, y los promotores de salud a nivel comunitario quienes se vinculan a las Unidades de Salud y a los espacios de los comités, que son el motor de este proceso de participación social, con la finalidad de exigir, difundir y cumplir con los derechos de salud.

La red de Juntas Administradoras de Agua del subtrópico también se encuentra vinculada a la red de servicios de salud; que son organismos que gerencia, administran y operan los sistemas comunitarios de agua, y a la vez son entes autogestionadores de obras de infraestructura sanitaria.²⁰

²⁰ La relación de la línea de salud con otros ejes temáticos, se recoge en el documento del Programa de Recursos Operativos Anual (2008).

3.2 Los objetivos y metas

Según documentos de la Memoria Institucional Trienio (2005-2007) la Fundación Ayuda en Acción requiere un ejercicio periódico y sistemático de evaluación y valoración de los diversos procesos y acciones de intervención, administración y gestión de manera que permita velar por el cumplimiento de la misión institucional.

La organización tiene tres procesos interrelacionados: planificación, seguimiento y evaluación. La planificación es la formulación, en términos objetivos, estrategias, acciones y recursos, de lo que creemos que deberíamos hacer y cómo deberíamos hacerlo para alcanzar nuestros propósitos institucionales. El seguimiento es un proceso de observación de los progresos realizados a lo largo de la ejecución de los planes y la evaluación, una valoración de los logros y la calidad de los procesos.

La mayoría de organizaciones aplican sistemas de planificación más o menos adecuados y flexibles a la realidad; la utilidad y la necesidad de la planificación están casi plenamente asumidas por cualquier equipo de trabajo. Sin embargo, en muchas ocasiones dudamos de la utilidad real del seguimiento y la evaluación; el tiempo y los recursos que requieren nos distraen de lo que consideramos fundamental: la realización de actividades.

El seguimiento y la evaluación son vistos con fines en sí mismos, a veces como trámites engorrosos como mecanismos de control impuestos desde arriba, olvidándose de su utilidad real: “dirigir nuestra atención no solo al cumplimiento de las acciones y a los efectos que éstas producen, así como facilitar la conducción de nuestros proyectos y generar aprendizajes significativos que nos permitan mejorar aprendizajes significativos , que nos permitan mejorar la calidad de los diversos procesos en los que nos involucramos.

Por eso nuestra organización cree en la necesidad de difundir e institucionalizar una cultura de la evaluación y el aprendizaje, es decir un conjunto de valores y principios que aporten sentido, así como un sistema que establezca los procedimientos, criterios e instrumentos que nos ayuden a promover un modelo organizativo cada vez más eficaz y eficiente para con sus propósitos. La finalidad del sistema de planificación, seguimiento y evaluación denominado: si es-acerca, es establecer los criterios y procedimientos, y definir los instrumentos necesarios para el seguimiento, evaluación y control de calidad de los distintos procesos de nuestro quehacer institucional.

Uno de los principios institucionales es la aplicación del sistema de seguimiento y evaluación es la búsqueda de la excelencia en el quehacer institucional, en este sentido en los proyectos, sistemas y procedimientos que diseñamos consideramos los siguientes parámetros: adecuación a la estrategia institucional, completad, coherencia, pertinencia; en la realización de proyectos y procesos la congruencia, participación eficaz, eficiencia; en los resultados el impacto, la apropiación local, la sostenibilidad y la replicabilidad; con estos parámetros evaluamos y valoramos nuestra intervención.

En el caso de los proyectos de intervención, los planes trienales y anuales deben formularse de manera que quedan reflejados en ellos nuestros propósitos, participación, apropiación local y la sostenibilidad. Trabaja con un enfoque metodológico, en la búsqueda de la excelencia y el ejercicio de la transparencia requiere de un sistema que regule procesos de reflexión sistemática y periódica acerca de lo que hacemos. Es decir, que nos permita considerar detenida y regularmente el desarrollo de las acciones emprendidas, los resultados alcanzados y las lecciones aprendidas, así como rendir cuentas acerca del cumplimiento de nuestra misión institucional.

Creemos que dicha reflexión debe hacerse a través de procesos participativos de observación, análisis, control, valoración y retroalimentación.

- Observación. Procesos que nos permitan examinar detenidamente lo que hacemos y lo que acontecen el ámbito del trabajo.
- Análisis. Procesos a través de los cuales examinemos las relaciones entre las diversas dimensiones y aspectos que conforman nuestra intervención y entre éstos y los factores del entorno.
- Control. Procesos que nos ayuda a comprobar y corregir durante su desarrollo el cumplimiento de nuestros planes de trabajo: recursos, tiempos, actividades, metas, resultados y objetivos previstos.
- Valoración procesos que nos permitan comprobar y calificar la adecuación a la estrategia, completad, coherencia y pertinencia en el diseño de nuestras propuestas, la eficacia, eficiencia, participación y congruencia en la realización y desarrollo de proyectos y procesos, y el impacto, apropiación local, sostenibilidad y replicabilidad de nuestros resultados.
- Participación. Procesos en los que participan los diferentes actores involucrados.
- Retroalimentación Procesos que permiten aplicar las conclusiones y aprendizajes de nuestras prácticas en la corrección y mejora.²¹

La Fundación Ayuda en Acción de acuerdo al enfoque metodológico sies-acerca; en el AD-Bolívar se trabajo con el Plan de Intervención Trienal (2005-2007), con enfoques en la participación activa y propositiva de población a través del fortalecimiento de capacidades locales, la consolidación de redes a nivel institucional como comunitaria en educación, salud, turísticos, agro productivos, además el fortalecimiento de organizaciones legalmente conformadas, en estas estrategias se basaron con temáticas de género y el impulso del ejercicio de los deberes y derechos de la población infantil.

Durante el trienio se contribuyo a mejorar las condiciones de vida de la población, incidiendo en los servicio de salud, educación y organización comunitaria, a través del

²¹ La metodología del Sistema Acerca, se recoge en documento de la Memoria Institucional Trienio (2005-2007).

fortalecimiento de las estructuras ya existentes; las acciones son: un sistema de capacitación a nivel profesional de los maestros/as, la elaboración de planes, programas, mejoramiento de ambientes internos y externos, dotación de juegos recreativos y el trabajo de un programa de analfabetismo.

En salud en el plan trienal de trabajo con la red de salud, ha permitido brindar el acceso de los servicios de salud a las comunidades y principalmente a los grupos vulnerables, en la que participaron actores locales, la red funciona dentro de normas jurídicas, la red creará espacios de coordinación interinstitucional y el apalancamiento para el trabajo coordinadamente en los procesos de desarrollo integral.

En la parte productiva 25 comunidades cuentan con sistemas integrales de producción agroecológica que ha permitido obtener productos agropecuarios sanos con un valor nutritivo para el autoconsumo y la comercialización, se capacitaron a promotores agropecuarios a través de un sistema modular, la dotación de botiquines veterinarios a las comunidades a través de un red de botiquines veterinarios además la presencia de cajas de ahorro denominadas bancos comunales que realizan micro finanzas a pequeña escala, permitiendo la vinculación con la Corporación de Desarrollo Productivo de las comunidades de Bolívar (CORDESPROB).

El Plan de Intervención Trienal para el período (2005 – 2007), ha planificado su propuesta en torno a los siguientes objetivos y ejes de actuación:

Objetivo I: Alcanzar conjuntamente con la familia y la comunidad el desarrollo integral de la población infantil menor de seis años en aspectos afectivo, educativo, nutricional, de salud y de trato Intrafamiliar. Ejes de actuación: I.1. Desarrollo infantil integral; I.2. Producción y gestión del conocimiento; I.3. Seguridad alimentaría familiar; I.4. Formación de formadores y promotores.

Objetivo II: Mejorar los ambientes escolares, pedagógicos, el nivel académico y de formación para la vida de la población escolar, mediante un proceso zonal que propicie la calidad de la educación para la construcción del desarrollo local sostenible y fortalecer el conocimiento de las capacidades locales. Ejes de actuación: II.1. Universalización de la educación básica; II.2. Producción y gestión del conocimiento; II.3. Formación de formadores y promotores; II.4. Seguridad alimentaria familiar.

Objetivo III: Mejorar las condiciones de salud del niño /a y su entorno, fortaleciendo su participación en el ejercicio y control social de la población, para el acceso a servicios de salud de calidad como también la creación de ambientes saludables, en el ámbito familiar y comunitario. - Ejes de actuación: III.1. Salud básica para todos; III.2. Formación de formadores y promotores.

Objetivo IV: Desarrollar sistemas de producción y de distribución rural de alimentos básicos no producidos en la zona que garanticen la seguridad alimentaria y nutricional familiar, al mismo tiempo que los campesinos puedan acceder a servicios financieros locales y emprender nuevas iniciativas económicas para mejorar sus ingresos. - Ejes de actuación: I.V.I. Seguridad alimentaría familiar.

Objetivo V: Dinamizar las economías locales mediante el diseño y ejecución de sistemas integrales de producción, manejo pos cosecha y mercadeo de productos agropecuarios y artesanales y los escenarios y recursos naturales para el desarrollo de turismo agro ecológico. Ejes de actuación: V.1. Apoyo a procesos productivos de bienes; V.2. Apoyo en actividades de comercialización y servicios; V.3. Inversión y/o apoyo a procesos de Transformación; V.4. Preservación de los recursos naturales; V.5. Recuperación de ecosistemas; V.6. Educación ambiental.

Objetivo VI: Fortalecer la participación activa y prepositiva de la ciudadanía, mediante la consolidación de estructuras organizativas locales que incidan efectivamente en el desarrollo local sostenible y permitan la revitalización cultural, la promoción de valores y la equidad de género, además de fortalecer los vínculos solidarios a través de la comunicación y sensibilización de la sociedad civil. Ejes de actuación: VI.1. Sistema de auspiciamiento; VI.2. Apoyo a la organización comunitaria; VI.3. Acceso y uso de los medios de comunicación; VI.4 Recuperación de la cultura local.²²

4. EL FUNCIONAMIENTO DE LAS REDES EN EL PROYECTO

4.1 Análisis de Actores

El AD-Bolívar, a través de sus líneas de intervención coordina sus actividades en el campo educativo con los cuerpos docentes de las escuelas y la supervisión de la zona escolar, como también con las Direcciones Provinciales tanto Bilingüe como Hispana.

En el campo de la salud con el Subcentro y la Dirección Provincial de Salud, en Vínculos Solidarios con el personal docente y docente de todos los sectores educativos de la parroquia y en los campos de empoderamiento, negociación, ciudadanía y dinamización de economías locales, con las autoridades civiles, religiosas, educativas y una micro industria de mermeladas La Dolorosa; existente también en la zona la presencia de la Junta Parroquial, Tenencia Política, Comités de padres de Familia y cuerpos directivos de Asociaciones y comunidades jurídicas. Con los Municipios o Gobiernos Locales del cantón Guaranda, Echeandia, con el Concejo Cantonal y Comités de Salud.²³

²² El Sistema de Planificación por líneas de intervención, está en el documento del Plan de Intervención Trienal para el período (2005 – 2007)

²³ Los actores implicados y la relación de las redes del Área de Desarrollo, se recoge en el documento del Plan de Intervención Trienal para el período (2008 – 2010)

El Área de Desarrollo Bolívar trabaja mediante la coordinación y alianza con Organizaciones Gubernamentales, Privadas, y comunitarias; a continuación se detalla en el Cuadro No. 1:

Cuadro No. 1 Paisaje de actores presentes en el Área de Desarrollo Bolívar

NIVELES	ORGANIZACIONES		
	ORGANIZACIONES ESTATALES	ORGANIZACIONES SOCIEDAD CIVIL	ORGANIZACIONES PRIVADAS
LOCAL	<p>Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuacultura y Pesca Área Cantón Echeandia (MAGAP)</p> <p>Gobierno Local de Echeandia.</p> <p>Área de Salud No.1 y 4</p> <p>Instituto de Economía Popular (IEPS)</p> <p>Programa Nacional de Educación Inicial (PRONEPE)</p> <p>Consejos Cantorales de Salud y de la Niñez y Adolescencia.</p> <p>Colegios Agro ecológicos</p>	<p>Organizaciones Comunitarias</p> <p>Juntas Administradoras de Agua Potable</p> <p>Comités de salud comunitario</p> <p>Promotores Agropecuario y de Salud.</p> <p>Unión de Organizaciones de San Luís de Pambil (UNORCAS)</p> <p>Corporación de Organizaciones Campesinas e Indígenas de Facundo Vela (COCIFV)</p> <p>Unión de Organizaciones Campesinas de Echeandia (UNORCIE)</p> <p>Asociación de Productores de Caña de Azúcar (ASPROCA)</p> <p>Corporación de Desarrollo Productivo de las comunidades de Bolívar (CORDESPROB)</p> <p>Fundación de Organizaciones de salinas (FUNORSAL)</p>	<p>Programa Alianza para el desarrollo de Bolívar, Camari, Ágora Nord Sur y Corpei (PAB, M.C.C.H., FEPP)</p> <p>Plan Internacional</p>
REGIONAL	<p>Gobierno Provincial de Bolívar</p> <p>Gobiernos Local del cantón Guaranda</p> <p>Juntas Parroquiales de San Luis de Pambil, Salinas y Facundo Vela.</p> <p>Dirección Provincial de Salud de Bolívar</p> <p>Dirección Provincial de Educación Hispana y Bilingüe.</p> <p>Ministerio del Ambiente</p> <p>Defensa Civil.</p>		<p>Proyecto de Atención a los Servicios de Salud en el Ecuador (PASSE),</p>
NACIONAL	<p>Ministerio de Turismo Sierra-Centro (MINTUR)</p> <p>Ministerio de Desarrollo Urbano Y Vivienda (MIDUVI)</p>		
INTERNACIONAL	<p>Gobierno de Asturias</p> <p>Gobierno Islas Canarias</p>		<p>Agencia Española de Cooperación Internacional de Desarrollo (AECID)</p> <p>Empresa SACRESA</p> <p>Operación Matogrosso</p>

Fuente: Elaborado por Irma Concha estudiante de la Maestría en Desarrollo Local, en base al tejido social del documento del Plan de Intervención Trienal 2008-2010

La implementación de la Red de Servicios de Salud ha permitido establecer la alianza interinstitucional del sector público con es el Gobierno Provincial de Bolívar (GPB), los Municipios: Gobierno Local del cantón Echeandia y Gobierno Municipal del cantón Guaranda, rectores de los procesos de desarrollo de las comunidades, Consejos Cantorales de Salud, como también de la Niñez y Adolescentes, parte de los Municipios y más en el ámbito local se encuentran las Juntas Parroquiales de Facundo Vela, San Luis de Pambil y Salinas, que son las encargadas de gestionar acciones para el servicio de las comunidades.

Las Direcciones de Salud, y Educación Hispana y Bilingüe que son organismo llamados a liderar las actividades de salud y educación respectivamente, a través de sus diferentes instancias como son: en Salud Áreas de Salud N 1 y N 4, y Unidades Operativas ubicadas en La Palma, Chazojuan, Camarón, San Luis de Pambil, Facundo Vela, ha sido los entes para la Educación a través de las supervisiones zonales, escuelas, colegios y centros de educación popular de adultos, además se cuenta con una Red Escolar Autónoma de Educación ubicada en la parroquia San Luis de Pambil, en educación inicial existen instituciones como: Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA), Programa Nacional de Educación Inicial (PRONEPE), Operación Rescate Infantil (ORI), Familia Salesiana, Operación Mato Grosso, algunas son parte del estado y otras son ONG's locales, que de acuerdo a sus potencialidades brinda atención a niños y niñas menores de 5 años. Es digno destacar que estas instituciones vienen trabajando con la idea de ir fortaleciendo la cultura local en las instituciones Educativas.

En el campo productivo se encuentran organizaciones gubernamentales como la Regional Sierra-Centro del Ministerio de Turismo, Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuacultura y Pesca (MAGAP), "Alianzas para el desarrollo de Bolívar" (PAB), que es una propuesta ejecutada por un consorcio de ONG's nacionales con el financiamiento de una alianza de ONG's catalanas, los Colegios Agro ecológicos en las comunidades de La Palma y Lanzahurco, que han sido un puntal fundamental en la parte productiva y propuesta ambiental, además la coordinación con los Gobiernos Locales, y las Juntas Parroquiales mediante la firma de convenios, en cual se delega

responsabilidades a cada uno de los actores y sobre todo establecen el grado de responsabilidad en la ejecución de las actividades programadas. Para conceder la personería jurídica a las organizaciones campesinas se requiere del: Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), Ministerio de Desarrollo Humano y Vivienda (MIDUVI).

El tejido social de las organizaciones con diferentes estructuras y fines, como es el caso de Directivas Comunales, Grupos (mujeres, jóvenes, niños, niñas), Comités (Padres de Familia, Pro Mejoras, Zonales), Juntas (Agua, Alcantarillado), Comités de Salud comunitario; que agrupan a familias que se encuentran estructuradas por los jefes de familia, de 3 a 6 hijos como promedio, en su gran mayoría son mestizos y un pequeño porcentaje es indígena. Estos organismos tienen espacios más altos de representación estructurados en organizaciones de segundo grado como son: La Unión de Organizaciones Campesinas de San Luís de Pambil (UNORCAS), Corporación de Organizaciones Campesinas e Indígenas de Facundo Vela (COCIFV), la Fundación de Organizaciones de Salinas (FUNORSAL), Unión de Organizaciones Campesinas de Echeandia (UNORCIE), Asociación de Productores de Caña de Azúcar (ASPROCA) y la Corporación de Desarrollo Productivo de las Comunidades de Bolívar (CORDESPROB) la misma que tiene una estructura organizativa interna conformada por un sub. Comité en cada microrregión y una Directiva Central, vinculadas a entidades financieras locales como: Cooperativas de Ahorro y Crédito, y los Bancos Comunales.

Otros colectivos presentes en el AD son los grupos femeninos y de jóvenes que se organizan en sus comunidades con la finalidad de impulsar actividades sociales así como también emprender actividades alternativas como las artesanías. En la niñez existen los Gobiernos Infantiles Escolares que son niños y niñas que emprenden acciones para el ejercicio de ciudadanía en el medio escolar. Las entidades financieras locales son grupos organizados de campesinos / as en especial mujeres que se organizan para ahorrar pequeñas cantidades de dinero y poder formar su banco comunal y poder acceder a crédito en bajas cantidades, son grupos con mucho potencial en el AD.

Además en el área están presentes ONG's tales como PLAN INTERNACIONAL, entidades autónomas estatales como el Proyecto de Atención a los Servicios de Salud en el Ecuador (PASSE), y Defensa Civil, encargadas de velar por las acciones en gestión de riesgos, las cuales mantienen relaciones de coordinación de acciones puntuales en beneficio de los sectores vulnerables.

La administración pública está regida por tres Juntas Parroquiales: Facundo Vela, Salinas y San Luis de Pambil conformada por 5 vocales de elección popular y el teniente político que es designado por el gobernador de la provincia quienes son los encargados de velar por el bienestar de los ciudadanos de las parroquias; estas instancias a la vez se interrelacionan con los cantones de: Guaranda y Echeandia. En el Cuadro No. 2 se observa la matriz de actores a nivel estatal, organizaciones de la sociedad civil y privadas; así como también las debilidades y fortalezas; lo que ha permitido conocer y analizar la presencia de actores locales, para establecer alianzas mediante la firma de convenios de cooperación interinstitucional entre entidades estatales, privadas y ONG, contribuyendo a fortalecer las estructuras socio organizativas de los Comités de salud, como también la planificación, ejecución y evaluación de las acciones que ha realizado a través de la Red de servicios de salud.²⁴

²⁴ La información sobre el análisis de los actores se recoge en el documento del Plan de Intervención Trienal (2008-2010)

Cuadro No. 2
Matriz de Actores Locales

Actores	Capacidades	Intereses	Alianza y conflictos	Debilidades	Fortalezas
Organizaciones Estatales	Rectoría, establecimiento de políticas	Aplicación de políticas estatales	Alianza con Ayuda en Acción	Cambio administrativo	Nivel de cobertura
Organizaciones Comunitarias	Dirigencia y Organización	Mejorar las condiciones de vida	Coordinación con entidades estatales, y privadas	Forman grupos políticos	Representación comunitaria
Juntas Administradoras de Agua Potable	Dirigencia y Organización	Mejorar condiciones de salud y salubridad	Con entidades estatales y privadas.	Rotación de directivos	Gestionadores de acciones para su desarrollo comunitario
Comités de salud comunitario	Dirigencia y Organización	Espacios de exigibilidad al derecho a la salud	Con el Área de Salud	Rotación de los directivos	Liderazgo
Promotores Agropecuario y de Salud.	Dirigencia	Fomento de acciones pecuarias y salud	Con Organizaciones Gubernamentales y privadas	Migración	Liderazgo
ONG,s Organizaciones Privadas	Apoyo para implementar procesos de desarrollo comunitario	Mejorar las condiciones de vida	Con Entidades Estatales, privadas, dirigentes, y familias de las comunidades.	Política institucional diferente	Disponibilidad de recursos para trabajar en las comunidades.

Fuente: Elaborado por Irma Concha estudiante de la Maestría en Desarrollo Local

El Área de Desarrollo Bolívar de acuerdo a la metodología sistema de planificación, seguimiento y evaluación (Sies-acerca), aplica la etapa de planificación que es la formulación en términos de objetivos, estrategias, acciones y recursos, mediante la elaboración del Plan de Intervención Trienal, para el cumplimiento del mencionado Plan, anualmente se elabora un Programa Operativo Anual, el mismo que se enmarca en el fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud, mediante la firma de convenios

de cooperación interinstitucional, emprendiendo acciones en la Formación de Capacidades Locales con el grupo de promotores de salud; de los cuales siete está en el proceso de profesionalización en el Instituto de Salud perteneciente a la Fundación Allí Causai, eventos de capacitación en temas de salud integral dirigido a madres, jóvenes, niños y niñas; atención en salud escolar, en DOC (detección oportuna de cáncer); en la salubridad la dotación de Sistemas comunitarios de Agua; que ha contribuido a la mejora de las condiciones de vida de las familias.

Posteriormente se realiza la etapa de seguimiento, en la cual se observa el progreso de las acciones realizadas a lo largo de la ejecución, valorando logros. En la etapa de consolidación se fortalece la estructura organizativa de las organizaciones de base, Comités de salud, ya se constituyen espacios de veedurías ciudadanas para la exigibilidad de los derechos a la salud, agua, y alimentación.

4.2 Principales resultados del proyecto

Con el fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud, la participación de los Comités Comunitarios y el Concejo Cantonal de Salud, ha permitido crear espacios de veedurías ciudadanas para la exigibilidad del derechos a la salud, así como también el funcionamiento de los Sistemas de Agua, ha permitido a que las familias tenga acceso al consumo de agua segura, y a la vez reducir la presencia de enfermedades parasitarias, y de piel. La formación de las Juntas Administradoras de Agua, mediante su estructura socio-organizativa se ha estructurado que mediante un reglamento los usuarios y directivos, se encuentran involucrados garantizando la sostenibilidad en la gerencia, administración y operación de los abastos de agua.

Se realizaron eventos de capacitación en salud integral, formación de agentes locales de salud, de acuerdo a un cronograma de capacitación 30 profesionales de salud fueron capacitados en los programas del Ministerio de Salud Pública, el fortalecimiento socio-organizativo realizado a los Comités Parroquiales ha permitido generar propuestas de desarrollo comunitario. En el Cuadro No. 3, se detalla el número de atenciones médicas, y las atenciones en exámenes de Detección Oportuna de Cáncer, por años, realizadas mediante la red de servicios de salud, en la misma que permitió

realizar el control de niño sano, así como la apertura de fichas familiares, a través de los Equipos Básicos de Salud. Las acciones de salud curativa, también estuvo acompañada de eventos capacitación en la cual la población toma conciencia de la importancia del cuidado de su salud.

Cuadro No. 3

Población beneficiada con la atención médica, odontológica y DOC

AÑOS	Número de niños/niñas con atención médica, odontológica	Número de mujeres con atenciones en DOC.
2005	2000	232
2007	2065	240
2008	2000	150
TOTAL	6065	622

Fuente: Informes anuales Área de Desarrollo Bolívar. (2005, 2007 y 2008)

Mediante talleres de diagnóstico con miembros del Comité y el Concejo Cantonal de Salud se realiza la priorización de problemas como necesidades, los cuales son priorizados, y clasificados; los proyectos de Infraestructura Sanitaria son formulados, y enviados a los proyectos cofinanciados, en el Programa Nacional Ecuador, para la captación de recursos.

A continuación en el Cuadro No. 4 se describe los Proyectos de Infraestructura Sanitaria, financiados por Empresa, Españolas, que ha permitido contribuir a la mejora de las condiciones de vida de las familias.

Cuadro No. 4

Proyectos cofinanciados realizados en el Área de Desarrollo Bolívar mediante la red de servicios de salud.

Nombre del Proyecto	Nombre de la Financiera	Comunidades Beneficiarias
Construcción de tres Sistemas de agua	Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI)	Tigrehurco Copalpamba Tigreyacu-Cañitas
Apoyo a la salud: construcción de un Sistema de alcantarillado	Junta de Comunidades Castilla La Mancha	Chazojuan
Construcción de un sistema de agua	Empresa SACRESA	Chiguipe Alto María Aurora San Fernando Río Blanco
“Mejora de las condiciones de salud familiar y de las capacidades comunitarias para promover un entorno saludable en tres comunidades del subtrópico de la provincia de Bolívar - Ecuador”	Gobiernos de Asturias Gobierno Provincial de Bolívar Fundación Ayuda en Acción	Tigrehurco Copalpamba Tigreyacu-Cañitas

Fuente: Informes Anuales Área de Desarrollo Bolívar (2005, 2007 y 2008).

4.3 Grupo de Beneficiarios del proyecto

Las acciones realizadas a través de la red de servicios de salud han beneficiado a las 45 comunidades en donde trabaja el Área de Desarrollo Bolívar, el trabajo está dirigido con los niños, niñas, jóvenes, y mujeres. La implementación de la red de Servicios de

Salud ha permitido un trabajo conjunto, entre las Instituciones públicas, privadas y ONG, s, beneficiando a los niños, niñas, adolescentes y adultos, en el cuadro No. 5, se detalla el número por grupos de edad y sexo, de los beneficiarios de las acciones en salud preventiva, que ha realizado mediante la Red de Servicios de Salud.

Cuadro No. 5

Distribución por sexo y grupos de edad del Área de Desarrollo Bolívar

GRUPO DE EDAD:	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Niños y niñas (de 0 a 12 años):	3043	3431	6474
Entre 13 y 18 años:	1036	863	1899
Adultos:	3884	4308	8192

Fuente: Elaborado por el Equipo Técnico. AD-Bolívar. Plan de Intervención Trienal (2008-2010)

Las acciones implementadas y ejecutadas en las comunidades, ha sido mediante un tejido social con las familias, organizaciones gubernamentales, y la sociedad civil; enmarcándose mediante la firma de convenios, con acuerdos y compromisos de cada Institución permitiendo evitar la duplicidad de actividades. A continuación en el cuadro No. 6 se detalla la distribución de los grupos de trabajo con que el Área de Desarrollo Bolívar ha coordinado para la planificación, ejecución y evaluación de actividades en salud curativa como preventiva.

Cuadro No. 6

Distribución por grupos de trabajo

GRUPOS:	TOTAL
Familias:	3278
Comunidades:	45
Organizaciones gubernamentales:	20
Organizaciones de la Sociedad Civil:	28

Fuente: Equipo Técnico. AD-Bolívar. Plan de Intervención Trienal 2008-2010

4.4 Señale la sostenibilidad de los productos

Los efectos positivos que tienen condiciones para la sostenibilidad en el Área de Desarrollo Bolívar, se relaciona con el funcionamiento de la red de servicios de salud, en donde se han insertado el grupo de promotores de salud, directivos de las Juntas de agua, líderes comunitarios, Unidades de Salud, y las Organizaciones Comunitarias, quienes empoderados conforman parte de los comités de salud a nivel comunitario, y que a la vez forman parte de la red cantonal de salud mediante la suscripción de convenios, siendo espacios de veedurías ciudadanas para la exigibilidad del derecho a la salud, agua y alimentación.

En relación a los servicios básicos como es el acceso al agua segura para consumo humano, la administración está bajo la responsabilidad de la Junta Administradora de Agua Potable la misma que con los usuarios y aplicando el reglamento establecen tarifas para el consumo mensual de cada familia, los recursos recaudados sirven para la Gerencia, Administración y Operación del sistema, así como la integración del Concejo Cantonal de Salud, contribuye a la mejora en el acceso de los servicios de salud, permitiendo reducir los niveles de enfermedades de piel, y parasitarias.

5. SÍNTESIS DE NUDOS CRÍTICOS Y APRENDIZAJES

Para el logro de los resultados el AD-Bolívar durante el proceso de planificación, ejecución y evaluación de acciones se contó con la presencia de actores, como: Comités, Juntas parroquiales, Unidades Operativas, promotores, Concejos de salud, la Corporación de Organizaciones Campesinas e Indígenas de Facundo Vela (COCICF) Fundación Fidel, grupo de mujeres, Dirección Provincial de Salud de Bolívar; en la cual se han efectuado espacios de veedurías ciudadanas; rendición de cuentas creando la exigibilidad en la mejora de los servicios de salud; además la alianza con la Fundación Allí Causai permitió realizar la formación de promotores comunitarios en salud integral; así como también con las Juntas Administradoras de Agua participan en la red en la cual todos sus directivos analizan propuestas y auto gestionan ante entidades públicas como privadas; como también el diseño y la implementación de los programas de capacitación.

La implementación de la red de servicios de salud con la alianza con la Dirección Provincial de Salud de Bolívar ha permitido mejorar el conocimiento y el acceso a los servicios de salud; como también la provisión de servicios de calidad y el alto impacto a través de las redes comunitarias. Los resultados sugieren que la realización de un modelo de salud mental basado en la comunidad favorece la notificación de casos de violencia intrafamiliar, el seguimiento de los mismos y una mayor composición comunitaria en las redes sociales del buen trato.

Dentro de la red de servicios que desarrollan las Unidades de Salud de la Palma, Chazojuan, Camarón, y San Luis de Pambil están dirigidas a mejorar la cobertura de inmunizaciones, el acceso a servicios de salud materno-infantil, atención en DOC (detección oportuna de cáncer), la nutrición de la familia y la respuesta a las complicaciones y emergencias del embarazo, en las 45 comunidades del área de influencia del Área de Desarrollo Bolívar, mediante la formación de comités de salud comunitario.

Durante la implementación del programa de la red de servicios de salud; uno de los aspectos que ha caracterizado a las instituciones es la individualidad en su accionar; ya que se deben a ciertas políticas institucionales que deben respetar, a ser conscientes de esta realidad se propone formar las alianzas interinstitucionales, permitiendo optimizar recursos económicos y humanos.

Las familias toman conciencia en la importancia del cuidado de su salud y salubridad y a la vez identifican problemas y mediante su estructura organizativa auto gestionan acciones con instancias estatales y privadas. Además los promotores de salud a través de los sistemas de capacitación se han convertido en los agentes locales que apoyan a brindar atención en primeros auxilios a las familias de las comunidades.

La capacitación en temas de salud integral: parasitosis, infecciones respiratorias agudas, y educación sexual, la población toma conciencia en la importancia de incorporar en su vida cotidiana, así pues las mujeres acuden a las Unidades de salud para la atención en DOC (detección oportuna de cáncer).

La firma del convenio con la Junta Parroquial de salud ha permitido realizar la formación de líderes y lideresas, con un enfoque integral en salud, educación, organización y producción; y a la vez con la participación activa se estructuran metodologías de aprendizajes para la actualización de los diagnósticos de cada comunidad.

Uno de las acciones emprendidas y de replicabilidad durante la intervención ha sido la formación de los Comités de salud, integrado por representantes comunitarios, Subcentro de salud, ONG y promotores de salud; siendo espacios que han permitido el trabajo integral para la actualización de diagnósticos comunitarios, información que es parte de un Plan de Desarrollo Local.²⁵

La implementación de la Red de Servicios de Salud ha permitido evaluar los procesos emprendidos encaminados a la mejora del acceso a los servicios de salud y salubridad; logrando una participación activa de los Comités comunitarios, el Concejo Cantonal de Salud, la red de nutrición, la formación de capacidades locales y de las Juntas Administradoras de Agua; en las acciones sociales, siendo entes en la exigibilidad del derecho a la salud, agua y alimentación, así como también la firma de convenios con entidades estatales y privadas ha permitido trabajar en forma conjunta contribuyendo a la mejora de las condiciones de vida de las familias.

²⁵ La capacitación en salud integral, la firma del convenio con la Junta Parroquial, la información se recoge en el Informe Anual (2008) Microproyecto A085253.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

1. PRINCIPALES RESULTADOS

Según documentos del Programa de Recursos Operativos Anuales (PROA 2006) Durante el año (2005) el resultado planteado fue Una red de salud fortalecida y brindando atención de calidad a la población del AD; en la salud y salubridad las familias ha sido prioridad en el AD como parte del desarrollo integral, para garantizar el acceso a los servicios de salud se ha realizado mediante la red de salud con la participación de instituciones inherentes a la misma, sociedad civil, lo que ha permitido que las familias tenga una atención, como es el caso de mujeres en edad fértil que han accedido a la atención en DOC. (Detección oportuna de cáncer), conscientes de la importancia del bienestar familiar y comunitario, como se puede observar en el Anexo No 3.

Mediante la ejecución de los proyectos cofinanciados: de la Agencia de Cooperación Internacional Española, (AECI) se construyeron sistemas de agua potable y un sistema de alcantarillado con el involucramiento de la población, cada una se encuentra organizada a través de las Juntas administradoras de Agua Potable y Alcantarillado, responsables de la gerencia, administración y operación, la gestión de las comunidades ha sido significativa ya que han iniciado estudios técnicos para impulsar nuevos proyectos de agua segura en otras comunidades, como se puede observar en el Anexo No. 3.²⁶

Según documentos del Programa de Recursos Operativos Anuales (PROA 2007) a través de la red de servicios de salud, la salud y la salubridad ha tenido una relevante

²⁶ Las acciones realizadas por la Red de Servicios de Salud, se recoge en los Informes Anuales del Programa de Recursos Operativos Anuales (PROA 2006) Durante el año (2005).

ya que es base a ella, la infraestructura de dos Subcentro en Camarón y San Luís de Pambil que con debida oportunidad fue readecuada, la dotación de 7 botiquines comunales fue constantemente reabastecida permitiendo a los campesinos contar oportunamente con medicamentos necesarios y de menor costo. La campaña médica integral tuvo el impulso con la participación del equipo de salud, permitiendo haber atendido 2065 niños. En el proceso de salud de la mujer en edad reproductiva el examen de DOC a 170 mujeres; cabe resaltar el interés demostrado por la juventud (40 jóvenes), que participo en la capacitación sobre educación sexual, ETS (enfermedades de transmisión sexual). Se cuenta con 7 promotores de salud capacitados en gestión de salud.

En el marco legal para una buena coordinación en el campo de la salud a través de la constitución del concejo cantonal de salud, brindó la oportunidad para que los gobiernos locales, gobierno provincial, instituciones de salud y las propias comunidades junten esfuerzos para llevar adelante planes y programas técnicos, social y financieros adecuadamente estructurales que están permitiendo dar una atención integral tanto preventiva como curativa a los pobladores del sector rural.

Con la autogestión de los propios comuneros se cuenta ya con los estudios técnicos para la construcción de nuevos sistemas de agua de abastos de agua potable, las seis juntas de agua se encuentran gerenciando sus sistemas comunitarios. Estos resultados guardan relación con el documento del 4to Congreso por la salud y vida (Loja 2009); indica que una red es el conjunto de nodos y nexos, interrelacionados (sistemáticamente), hacia un fin común.²⁷

La Red del Sistema Nacional de Salud está compuesta de proveedores, unidades de salud, servicios y otros actores, quienes deben funcionar de forma integrada, interconectada, interdependiente e ínter cooperante. La red incluye la estrategia de

²⁷ Las acciones realizadas, en la red de salud, se puede ver en documento de los Informes Anuales (2006)

Atención Primaria de Salud (APS), que se define como la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, promoviendo su plena participación. La asistencia sanitaria esencial es el primer contacto de los individuos, las familias y la comunidad con el sistema de salud, constituye el primer elemento de un proceso permanente de atención integral en salud; sin embargo este no es el único, pueden hacerlo también a través de actividades masivas de promoción, educación u organización local.

Según documentos del Programa de Recursos Operativos Anuales (PROA 2008), con el programa de la red de servicios de salud se brindó atención a niños, niñas y mujeres en atención médica, odontológica y DOC; talleres de nutrición, capacitación en salud integral, con el comité parroquial de Facundo Vela se emprendieron acciones de veeduría ciudadana en exigir la mejora de los servicios de salud y a la vez la elaboración de planes de acción, como se observa en el Anexo 3 (Foto No.1).

Mediante el programa de fortalecimiento de la red de servicios de salud se implementó un Sistema de Agua regional que beneficia 224 familias de 3 comunidades de Chiguipe alto, María Aurora y San Fernando; la población cuenta con el servicio y sobre todo el consumo de agua segura, financiado por la Empresa SACRESA; esto ha permitido que las familias mejoren sus hábitos de higiene tanto en el aseo corporal como por la eliminación de aguas servidas.

Además se construyeron 81 baños familiares en tres comunidades de Tigre yacu-Cañitas, Copal pamba y Tigrehurco, que ha mejorando los hábitos de higiene personal como la eliminación adecuada de aguas servidas. A través del aporte del Honorable Consejo Provincial de Bolívar, el principado de Asturias, las comunidades, mejoran las condiciones de salud y salubridad de las familias.

La red de los servicios de salud ha permitido el trabajo conjunto con los Concejos Cantonales de Salud, a través del fortalecimiento organizativo, donde se evidencie la participación de las entidades gubernamentales, y la sociedad civil, tales como: Municipios, Dirección de Salud, Juntas Parroquiales de Salud, Comités Locales de Salud, organismos que realizan acciones de salud y los promotores comunitarios, que han sido entes en el proceso de participación social, con la finalidad de exigir, difundir y cumplir con los derechos de salud.²⁸

Los participación del Concejo de salud, y la alianza interinstitucional con entidades públicas, privadas y organizaciones comunitarias, son espacios que generan propuestas de desarrollo, contribuyendo a la mejora de la salud y salubridad, dentro de la propuesta institucional de la Fundación Ayuda en Acción se destaca el aporte en la línea de salud, con la implementación de la red de servicios de salud. Aspectos que se relacionan con el documento del 4to Congreso por la salud y vida (Loja 2009); Además existe tres tipos de organismos de concertación que son los Concejos de Salud: en el nivel nacional el CONASA, en el nivel provincial Consejo Provincial de Salud y en el nivel cantonal Concejo Cantonal de Salud.

Las autoridades locales fortalecen mecanismos de concertación a través de los concejos de salud garantizando la participación ciudadana de manera paritaria, en la elaboración, seguimiento y evaluación de políticas, planes y programas locales.

Según documentos de la consultora Empresa Jordán Asociados (EJA 2008); la sinergia entre organismos no gubernamentales y la Fundación Ayuda en Acción, han permitido tener mayor apoyo y mejorar sus condiciones de vida a través de un precio equitativo.

Las acciones ejecutadas, son divulgadas a todos los actores por medio de: reuniones periódicas, medios de comunicación y boletines trimestrales. La rendición de cuentas y revisión de balances se realiza en los espacios de las asambleas generales a los

²⁸ La información, de las acciones en salud preventiva, se recoge en el documento de los Informes de intervención (2008).

beneficiarios de la Corporación, como la socialización en asambleas comunitarias y divulgación de trípticos. Productos que son elaborados y proveídos de un valor agregado son promocionados en ferias locales y nacionales.

2. APRENDIZAJES DE LA EXPERIENCIA

- El trabajo planificado en el Plan de Intervención Trienal (2005-2007), parte de la problemática del área en donde las condiciones de pobreza, la escasa cobertura de los servicios de salud, la débil organización, el limitado liderazgo y una presencia limitada del Estado, ha contribuido que el equipo técnico del Área de Desarrollo Bolívar, se plante objetivos, de acuerdo a la realidad, que mediante evaluaciones permiten conocer el cumplimiento, contribuyendo a la mejora de las condiciones de vida de las familias. El programa de capacitación a los técnicos en materia de fortalecimientos de los sistemas locales de salud, Sida, agua y seguridad alimentaría ha contribuido mejorar el desempeño, permitiendo accionar en el ámbito de trabajo.
- El contar con una metodología de seguimiento y evaluación acerca, ha permitido la planificación, seguimiento, evaluación al cumplimiento de resultados, y los impactos que ha generado en las familias. La formación de capacidades locales, en aspectos de salud y salubridad permiten crear destrezas y habilidades, para el involucramiento en la comunidad, y a la vez sean entes en la gestión del acceso a servicios de salud para sus comunidades, como también formen parte en la exigibilidad del derecho a la salud, agua y alimentación.
- La alianza interinstitucional entre la Dirección Provincial de salud de Bolívar, Juntas Parroquiales, representantes comunitarios, y ONG, s ha permitido aunar esfuerzos, permitiendo la implementación de la red de servicios de salud a nivel comunitario.

3. CONCLUSIONES

- Garantizar la salud y salubridad de las familias como parte del desarrollo integral ha permitido que mujeres, niños, niñas accedan a servicios de salud con calidad y calidez, la participación activa de los Comités, Juntas Parroquiales y Concejos de salud en espacios de veedurías ha permitido exigir sus derechos llevándoles a tener una buena salud, igualmente con el acceso a servicios básicos como agua, a una adecuada eliminación de excretas, mediante proyectos cofinanciados y el involucramiento de las comunidades de San Fernando, Tigrehurco, Tigreyacu-Cañitas y Tigrehurco quienes se encuentran empoderados del proceso, cada una se encuentra organizada a través de las Juntas Administradoras de Agua Potable mediante la red por microrregión; quienes han sido autogestionarios ante entidades públicas para obras de infraestructura sanitaria, acciones que es sentida y compartida con las familias.
- La participación de la mujer a nivel comunitario ha permitido que no solamente sea parte del problema comunal sino también participe en la toma de decisiones formando parte de las directivas comunales, la presencia de la mujer en la comunidad ha sido importante en la planificación, ejecución y seguimiento de las acciones y proyectos que se ejecutan en bien comunitario.
- El niño y niña ha sido el protagonista en llevar adelante y ser parte del las del cambios de salud; impulsando acciones de salud preventiva como es el cuidado de la higiene personal familiar y comunitaria; así como también en la utilización, y mantenimiento adecuado de las unidades básicas sanitarias; mediante la realización de campañas de salud.
- Las familias acceden al consumo de agua segura y en tres comunidades de Tigrehurco, Copalpamba y Tigreyacu-Cañitas utilizan adecuadamente los baños familiares, toman conciencia en el cuidado de la salud, adoptando hábitos de higiene, que contribuye a reducir la presencia de enfermedades de la piel y parasitarias.

- Los espacios de los comités a nivel comunitario ha permitido creara espacios en la exigibilidad de los derechos a tener una salud sana; así como también que las familias acceden a tener servicios de salud con calidad y calidez.
- La intervención realizada por el Área de Desarrollo Bolívar en las 45 comunidades con el eje de satisfacción de necesidades básicas salud para todos, de acuerdo a la planificación Trienal (2008-2010) dentro de las perspectivas es fortalecer las capacidades locales, que ha permitido impulsar participación de los actores en la formulación de propuestas y la autogestión de los procesos de desarrollo local.
- El Concejo Cantonal de salud de Echeandia, las Juntas Parroquiales, Comités, se convierten en los organismos rectores del cumplimiento de los servicios de salud que brinda el Ministerio de Salud Pública a la población.
- Los temas de investigación pendientes de la experiencia es la incidencia de la salud dentro del proceso de desarrollo de las comunidades.

BIBLIOGRAFÍA

(Complete en orden alfabético toda la bibliografía utilizada en la tesis)

Alonso, J. A., (1999), Estrategia para la Cooperación Española, Madrid, MAE, SECIPI.

Ayuda en Acción, Memoria Institucional, Trienio 2005-2007, Ecuador.

Ayuda en Acción, Ampliando horizontes: La propuesta de intervención 2006-2012, Versión 16 de marzo de 2007, aprobada en el Patronato de 23 de marzo de 2007.

Ayuda en Acción, Documento conmemorativo de XXV años de trabajo en el mundo y XX años en el Ecuador.

Boltvinik, Julio, (2004), Ampliar la mirada. Un nuevo enfoque de la pobreza y el florecimiento humano, CIESAS Occidente.

Boni Aristizábal, Alejandra, (2004), "Evolución histórica de la cooperación internacional para el desarrollo, en Calabuig Tormo Carola y Gómez-Torres María de los Llanos, (2004), Coordinadoras: La cooperación internacional para el desarrollo, cuadernos de cooperación al desarrollo No 1, Universidad Politécnica de Valencia, Centro de Cooperación al Desarrollo de la Universidad Cooperación al Desarrollo de la Generalitat Valenciana, Editorial UPV.

Calabuig Tormo Carola y Gómez-Torres María de los Llanos, (2004), Coordinadoras: La cooperación internacional para el desarrollo, cuadernos de cooperación al desarrollo No 1, Universidad Politécnica de Valencia, Centro de Cooperación al Desarrollo de la Universidad Politécnica de Valencia, Cooperación al Desarrollo de la Generalitat Valenciana, Editorial UPV.

Cardoso, Fernando Enrique y Enzo Faletto, (1969), Dependencia y desarrollo en América latina, Siglo XXI Editores, México.

Cuesta Fernández Iván y Carola Calabuig Tormo, (2004), "La cooperación no gubernamental para el desarrollo", en Calabuig Tormo Carola y Gómez-Torres María de los Llanos, (2004), Coordinadoras: La cooperación internacional para el desarrollo, cuadernos de cooperación al desarrollo No 1, Universidad Politécnica de Valencia, Centro de Cooperación al Desarrollo de la Universidad Politécnica de Valencia, Cooperación al Desarrollo de la Generalitat Valenciana, Editorial UPV.

Chossudovski, Michel, (2002), Globalización de la pobreza y nuevo orden mundial, Siglo XXI Editores, México

Durán, Lucia, (2006), "Tendencias de la cooperación al desarrollo", ponencia presentada en el Seminario del Plan Exterior de Política Exterior de Ecuador PLANEX, Quito, 19 de abril.

De Papee P, El concepto de atención primaria de salud (literatura gris).

Documentos Informes de talleres sobre el Fortalecimiento de Sistemas Locales de salud, (2003-2004), Cotacachi-Cayambe.

Emmerij, Louis y del Arco, José Núñez, (1998), Compiladores: El desarrollo económico y social en los umbrales del siglo XXI, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D.C.

Escobar, Arturo, (1998), La invención del Tercer Mundo construcción y reconstrucción del desarrollo, Grupo editorial Norma, Santafé de Bogotá.

Escobar, Arturo, (2005), El postdesarrollo como concepto y práctica social, en Daniel Mato (coord.), Políticas de economía, ambiente y sociedad en tiempos de globalización, Caracas, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad Central de Venezuela.

Esteva, Gustavo, (2009), "Más allá del desarrollo: la buena vida", en La agonía de un mito; ¿Cómo reformular el "desarrollo"?, América Latina en Movimiento, No 445, ALAI, año XXXIII, II época, junio 2009, Quito.

Equipo Técnico AD-Bolívar PIT (Plan de Intervención Trienal). (2008-2010,) paginas: 2, 3, 5, 7,9.

Equipo Técnico AD-Bolívar. Informe Anual. (2006,2008), Microproyecto A065253, A075253, A085253.

Frank, André G. (1970), Capitalismo y subdesarrollo en América Latina, Siglo XXI Editores, Buenos Aires.

Gómez-Galán, M. y Sanahuja, J. A. (1999), El Sistema Internacional de Cooperación al Desarrollo. Una aproximación a sus actores e instrumentos, Madrid, CIDEAL.

Informe sobre la situación social en el mundo, (2005), Organización de las Naciones Unidas.

La Habana, Cuba, (1985), Ministerio de Salud pública, Manual de Educación para la Salud.

La Interculturalidad en el Sistema Cantonal de Salud, (2005-2011), Consejo Cantonal Intersectorial de salud-CIE.

Ministerio de Salud Pública, (2002), Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y atención a la infancia, Institucionalización del Mejoramiento continuo de la calidad en el Programa de maternidad gratuita y atención a la infancia.

Ortega, Carpio, M. L., (1994), Las ONGD y la CRISIS del desarrollo. Un análisis de la cooperación con Centroamérica, Madrid, IEPALA.

OMS. (1978) Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, Unión soviética.

Prats, J. (2001), "La construcción Histórica de la Idea de Desarrollo", Paper No 34 de la Biblioteca de Ideas, Instituto Internacional de Gobernabilidad, Disponible en <http://www.iigov.org>

Prebisch, Raúl, (1963), Hacia una dinámica del desarrollo latinoamericano, Fondo de Cultura Económica, México.

Porto-Gongalves, Carlos Walter, (2009), "Del desarrollo a la autonomía: la reinención de los territorios", en La agonía de un mito; ¿Cómo reformular el "desarrollo"?, América Latina en Movimiento, No 445, ALAI, año XXXIII, II época, junio 2009, Quito.

Plan de Desarrollo Local-Echeandía (2001)

Plan de Desarrollo Local. Facundo Vela (2004)

Plan de Salud del Cantón Echeandía (2009)

Ribeiro, Darcy, (1971), El dilema de América Latina. Estructuras de poder y fuerzas insurgentes, Siglo XXI Editores, México.

Rostov, Walt Whitman, (1961), Las Etapas del Desarrollo Económico, Fondo de Cultura Económica, México.

Sen, Amartya, (2000), Desarrollo y Libertad, Editorial Planeta, Barcelona.

Sogge, David, (editor), (1998), Compasión y cálculo, Un análisis crítico de la cooperación no gubernamental al desarrollo, Icaria, Antrazyt, TNI, Barcelona.

Sonntag, Heinz R. (1988), Duda/Certeza/Crisis, la evolución de las ciencias sociales en América Latina, UNESCO, Editorial Nueva Sociedad, Venezuela.

Tortosa, José María, (2001), El juego global, Mal desarrolló y pobreza en el capitalismo mundial, Icaria, Antrazyt, Barcelona.

Torres Martínez, José Antonio, (2004), "El sistema internacional de ayuda al desarrollo. actores e instrumentos", en Calabuig Tormo Carola y Gómez-Torres María de los Llanos, (2004), Coordinadoras: La cooperación internacional para el desarrollo, cuadernos de cooperación al desarrollo No 1, Universidad Politécnica de Valencia, Centro de Cooperación al Desarrollo de la Universidad Politécnica de Valencia, Cooperación al Desarrollo de la Generalitat Valenciana, Editorial UPV.

ANEXO 1

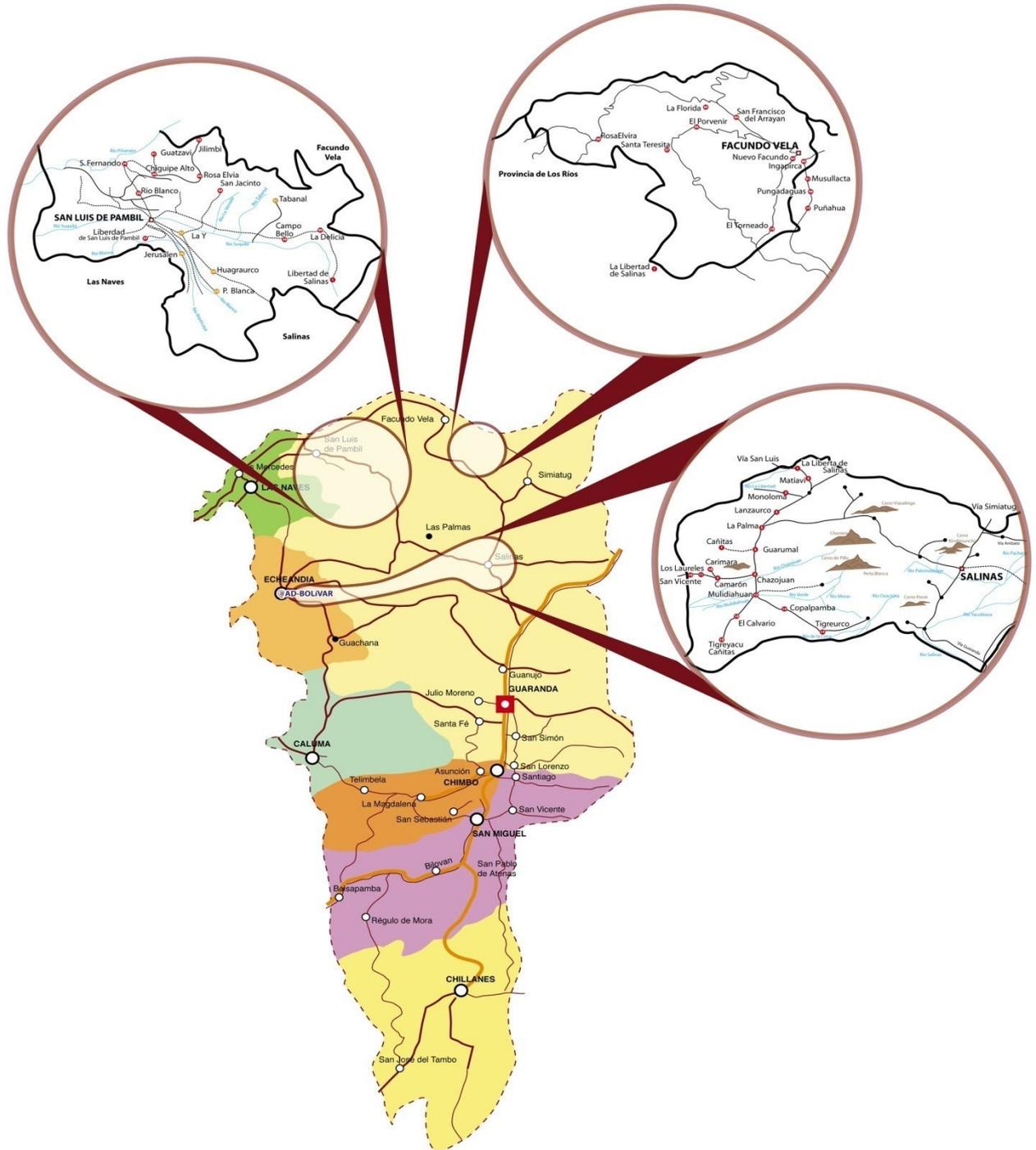
Ubicación de la provincia Bolívar con sus cantones



Fuente: SIISE. 2007 "Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador."

ANEXO 2

Ubicación del Área de Desarrollo Bolívar y sus comunidades de influencia



Fuente: Informes Anuales Área de Desarrollo Bolívar 2007

ANEXO 3

Acciones realizadas a través de la Red de Servicios de Salud

Foto No. 1

Reunión de planificación comité de salud Facundo Vela



Fuente: Informe fotográfico Equipo Técnico AD Bolívar. Plan de Intervención Trienal (2008-2010)

Foto No. 2

Taller de capacitación con el grupo de promotores de salud



Fuente: Informe fotográfico Equipo Técnico AD Bolívar. Plan de Intervención Trienal (2008-2010)

Foto No. 3

Atención Médica



Fuente: Informe fotográfico Equipo Técnico AD Bolívar. Plan de Intervención Trienal (2008-2010)

Foto No. 4

Educación Bucal



Fuente: Informe fotográfico Equipo Técnico AD Bolívar. Plan de Intervención Trienal (2008-2010)

Foto No. 5

Atención Odontológica



Fuente: Informe fotográfico Equipo Técnico AD Bolívar. Plan de Intervención Trienal (2008-2010)

Foto No. 6

Fomentando Huertos Familiares



Fuente: Informe fotográfico Equipo Técnico AD Bolívar. Plan de Intervención Trienal (2008-2010)

Foto No. 7

Taller de capacitación con los directivos de la Junta Administradora de Agua



Fuente: Informe fotográfico Equipo Técnico AD Bolívar. Plan de Intervención Trienal (2008-2010)

Foto No. 8

Planificación de Planes de Trabajo con las Juntas Administradoras de Agua.



Fuente: Informe fotográfico Equipo Técnico AD Bolívar. Plan de Intervención Trienal (2008-2010)

Foto No. 9

Construcción Sistema de Agua



Fuente: Informe fotográfico Equipo Técnico AD Bolívar. Plan de Intervención Trienal (2008-2010)