

PARA GRADOS ACADÉMICOS DE LICENCIADOS (TERCER NIVEL)

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, **DIANA JAZEL SANDOVAL LOPEZ**, C.I. **172093685-3** autor del trabajo de graduación intitulado: **“Contraste entre la Cooperación Norte- Sur Y Sur-Sur, En el Marco de las Tendencias de la Cooperación Internacional. El Caso del Sector Salud en el Ecuador, período 2000-2007”**, previa a la obtención del grado académico de **SOCIOLOGA CON MENCIÓN EN RELACIONES INTERNACIONALES** en la Facultad de **Ciencias Humanas**:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 17 de septiembre del 2012-17-09



Diana Jazel Sandoval López

C.I. 172093685-3

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
ESCUELA DE SOCIOLOGÍA Y CIENCIAS POLÍTICAS**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
SOCIÓLOGA EN CIENCIAS SOCIALES APLICADA A LAS  
RELACIONES INTERNACIONALES**

**“CONTRASTE ENTRE LA COOPERACIÓN NORTE- SUR Y SUR-SUR,  
EN EL MARCO DE LAS TENDENCIAS DE LA COOPERACIÓN  
INTERNACIONAL. EL CASO DEL SECTOR SALUD EN EL ECUADOR,  
PERIODO 2000-2007.”**

**DIANA JAZEL SANDOVAL LÓPEZ**

**ECON. MARCO ROMERO**

**QUITO, 2012**

## **DEDICATORIA**

A mi hijo Hugo Tomas y al futuro bebé que está por venir.  
A mis padres, por su comprensión, apoyo y amor incondicional.  
A mi esposo Mijaíl, por su admiración y comprensión,  
en especial, se lo dedico a mi tío Rafael Trajano que  
lamentablemente no está con nosotros.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios, por la fuerza que me da para preservar en mis actos, y la paz interna tan necesaria para vencer las adversidades de la vida y su bondad.

A mi querida Universidad que durante estos años me ayudo a forjar mi futuro.

Al Economista Marco Romero Cevallos, Director de Tesis, por ser un gran maestro y guía en mi carrera, por su gran voluntad, comprensión y paciencia a quién admiro y respeto. Al Mtr. Werner Vázquez, y al Dr. José María Moran, que también contribuyeron a mi formación académica.

A todas las personas por su colaboración desinteresada, en especial: al Economista Iván Martínez Dobronsky Director de Enlace, Seguimiento y Evaluación de la SETECI; a la Economista Ruth Lucio y Dr. Juan Helteleer Ex Directores del Proyecto “Salud de Altura,” y finalmente un agradecimiento especial al Grupo de trabajo del Banco de Leche Materna de Hospital Gineco Obstétrico “Isidro Ayora,” por su dedicación a la labor que realizan día a día, en beneficio de todos los neonatos de escasos recursos, que acuden a su servicio en búsqueda de una mejor condición de vida.

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION .....	13
CAPÍTULO I.....	20
1.1.4 COOPERACIÓN INTERNACIONAL: Características fundamentales y tendencias ...	20
1.1. Surgimiento y evolución de la Cooperación Internacional .....	22
1.1.1 Orígenes y Antecedentes de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD).....	30
1.1.2. Conceptos y Características de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD).....	32
1.1.3. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).....	34
2.1.4 Declaración de París (DP).....	38
1.1.4.1 <i>Principios de la Declaración de París</i> .....	39
1.2. TENDENCIAS Y FLUJOS EN LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL .....	40
1.2.1. Cooperación Financiera Reembolsable .....	46
1.2.2. Cooperación no Reembolsable: por fuente y tipo de asistencia.....	46
1.2.3. Asistencia oficial al desarrollo para América Latina y el Caribe .....	48
1.2.4 Cooperación Norte-Sur (CNS): Características y Evolución.....	51
1.2.5 Cooperación Sur-Sur: Característica y Evolución.....	59
CAPITULO II.....	72
2. COOPERACIÓN NORTE – SUR y SUR – SUR EN SALUD: .....	72
2.1 Ayuda Oficial al Desarrollo en el Ecuador.....	73
2.1.1 El Estado Ecuatoriano y la Cooperación Internacional.....	73
2.1.2 Evolución histórica de la Institucionalidad encargada de gestionar la Cooperación Internacional para el Ecuador. ....	75
2.1.3 Evolución de la Ayuda Oficial al Desarrollo para el Ecuador. ....	77
2.2 Ayuda Oficial al Desarrollo en Salud (AODS).....	84
2.2.1 Evolución de la Cooperación Internacional en Salud.....	84

2.2.2	<b>La Ayuda Oficial al Desarrollo en Salud (AODS)</b> .....	86
2.3	<b>Ayuda Oficial en Salud para el Ecuador</b> .....	89
2.3.1	<b>Flujos de la Ayuda Oficial al Desarrollo para el sector de la Salud en el Ecuador, años 2000, 2004, y período 2007-2009</b> .....	90
3.	<b>CASO A: COOPERACIÓN BELGA – ECUADOR EN SALUD EN EL PROYECTO “SALUD DE ALTURA” EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO</b> .....	94
3.1	<b>Actores</b> .....	103
3.2	<b>Relación Cooperante – beneficiario</b> .....	104
3.3	<b>Resultados</b> .....	107
4.	<b>CASO B: COOPERACIÓN EN SALUD, BRASIL – ECUADOR, EN EL PROYECTO DE “EJECUCION DEL BANCO DE LECHE MATERNA EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA”</b> .....	111
4.1	<b>Actores</b> .....	117
4.2	<b>Relación cooperante y beneficiario</b> .....	119
4.3	<b>Resultados</b> .....	121
5.	<b>ELEMENTOS ANALÍTICOS SOBRE LOS CASOS ANALIZADOS</b> .....	123
6.	<b>CONCLUSIONES GENERALES</b> .....	130
7.	<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	136
8.	<b>ANEXOS</b> .....	149

## ÍNDICE DE CUADROS

### CUADRO N°1

Desembolsos período 2007 – 2009 de cooperación no reembolsable para el Ecuador en millones de dólares..... 78

### CUADRO N°2

Intervenciones Sur-Sur en el Ecuador durante el período 2007- 2010.....80

### CUADRO N°3

Dinámica de Gestión de la Cooperación Norte – Sur en el Ecuador período 2007-2010.....81

### CUADRO N°4

Dinámica de Gestión de la Cooperación Sur – Sur en el Ecuador período 2007-2010.....82

### CUADRO N°5

Desembolsos de Cooperación no Reembolsable hacia el sector de la salud en el Ecuador, período 2007-2010.....90

### CUADRO N°6

Desembolsos no reembolsables en millones de dólares para el sector de la salud en el Ecuador.....91

### CUADRO N°7

Presupuesto del sector salud en millones período 2000-2012.....92

### CUADRO N°8

Aportes económicos al proyecto “Salud de Altura: Fortalecimiento de los Servicios Públicos de Salud en Atención de Salud en el Distrito Metropolitano de Quito”.....108

### CUADRO N°9

Presupuesto para el proyecto “Ejecución del Banco de Leche Humana Isidro Ayora” en el Distrito Metropolitano de Quito.....115

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

### **ANEXO 1**

Instrumentos de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD).

### **ANEXO 2**

DAC LIST OF ODA RECIPIENTS. Effective form 2006 for reporting on 2005, 2006 and 2007.

### **ANEXO 3**

Los nuevos retos del Milenio. Año 2000.

### **ANEXO 4**

Lista de Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) año 2000.

### **ANEXO 5**

Principios de la Declaración de París (DP).

### **ANEXO 6**

Asistencia Oficial al Desarrollo en el mundo, período 2000-2008.

### **ANEXO 7**

Principales cooperantes de la AOD en el mundo, período 1998-2008.

### **ANEXO 8**

Ayuda Oficial al Desarrollo por regiones año 2008.

### **ANEXO 9**

Cooperación multilateral, porcentajes AOD mundial, bilateral y multilateral, año 2008.

### **ANEXO 10**

Ayuda Oficial al Desarrollo neta, destinada hacia Irak y Afganistán, durante el período 2000-2005. Valores absolutos en millones de dólares corrientes.

**ANEXO 11**

Asistencia Oficial al Desarrollo hacia América Latina y el Caribe (en millones de dólares), período 2000-2008.

**ANEXO 12**

Ayuda Oficial al Desarrollo recibida por los países latinoamericanos surate ele período 2001-2008.

**ANEXO 13**

Condicionalidad de la ayuda en el mundo, período 1995-2002.

**ANEXO 14**

Principales Agencias de Cooperación Norte-sur, desde 1957 hasta el 2001.

**ANEXO 15**

Regiones o zonas geográficas para la cooperación internacional en el Ecuador, período 2007-2010.

**ANEXO 16**

Ficha A: Proyecto “Salud de Altura”

**ANEXO 17**

Ficha B: Proyecto “Ejecución del Banco de Leche Materna” Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora.”

## ÍNDICE DE SIGLAS

AAA	Agenda de Acción de Accra
ABC	Agencia Brasileña de Cooperación
ACP	Países de África, Caribe y Pacífico
ACDI	Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional
AECI	Agencia Española de Cooperación Internacional
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AGECI	Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional
AID	Agencia para el Desarrollo Internacional
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
AODS	Ayuda Oficial al Desarrollo en Salud
APS	Atención Primaria de Salud
AUS	Aseguramiento Universal en Salud
CACI	Consejo Asesor de Cooperación Internacional
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo, de la OCDE
CEE	Comunidad Económica Europea
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEPAR	Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social
CI	Cooperación Internacional
CID	Cooperación Internacional al Desarrollo
CIS	Cooperación Internacional en Salud
CMS	Corporación Metropolitana de Salud
CNS	Cooperación Norte- Sur
CONASA	Consejo Nacional de Salud
CONGDE	Coordinadora de Organizaciones No Gubernamentales de España
CSS	Cooperación Sur-Sur
CTB	Cooperación Técnica Belga
CTPD	Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo
DGCP	Dirección General de Cooperación al Desarrollo
DMQ	Distrito Metropolitano de Quito
DP	Declaración de París

ECHO	European Commission Humanitarian Aid & Civil Protección
ECOSOC	Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas
FED	Fondo Europeo de Desarrollo
FMI	Fondo Monetario Internacional
FMSTM	Fondo Mundial de lucha con el Sida, Malaria y Tuberculosis
FRIDE	Fundación para las Relaciones Internacionales y el Diálogo Exterior
GATT	General Agreement on Tariffs and Trade
HGOIA	Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora
IberBLH	Red Brasileña de Banco de Leche Humana
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IFIs	Instituciones Financieras Internacionales
INB	Ingreso Nacional Bruto
INECI	Instituto Ecuatoriano de Cooperación Internacional
JBIC	Banco Japonés para la Cooperación Internacional
JICA	Japon International Cooperation Agency
MRE	Ministerio de Relaciones Exteriores
MPNA	Movimiento de los Países No Alineados
MSP	Ministerio de Salud Pública
NOEI	Nuevo Orden Económico Internacional
OCDE	Organización Europea para la Cooperación Económica
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONGS	Organización(es) no gubernamental(es)
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
PABA	Plan de Acción de Buenos Aires
PAE	Programa de Ajuste Estructural
PAS	Programa de Aseguramiento en Salud
PASSE	Programa de Apoyo al Sector Salud en Ecuador
PED	Países en Desarrollo
PIB	Producto Interno Bruto
PMA	Países Menos Adelantados

PNB	Producto Nacional Bruto
PNBV	Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PSN	Pacto Sociedad de Naciones
PTU	Países de Ultramar
RNB	Renta Nacional Bruta
SEGIB	Secretaria General Ibero Americana
SELA	Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe
SMS	Seguro Metropolitano de Salud
SODEM	Secretaria Nacional de los Objetivos del Milenio
SSB	Servicios Sociales Básicos
UNCTAD	Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo
UE	Unión Europea
UNFPA	Fondo de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	United States Agency for International Development

## INTRODUCCION

En la presente tesis, se realiza un análisis de la cooperación internacional, su evolución y los beneficios en el desarrollo social y económico de los países con menores niveles de crecimiento; y de manera específica, como esta asistencia ha contribuido a los objetivos de mejoramiento de la calidad de vida de nuestro país. Al manejarse, como una dinámica de ayuda, es preciso analizar, que promueve a dicha asistencia y cuál es el objetivo que persigue.

Para alcanzar estos propósitos, el presente trabajo se plantea investigar los siguientes elementos: el funcionamiento de la cooperación internacional y las tendencias predominantes de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), con sus respectivas características, y dinámica de los actores de la asistencia externa.

Para completar, el análisis sobre la cooperación internacional en salud, se estudiará el surgimiento y evolución de la asistencia horizontal sur- sur, contrastándola con esquemas de cooperación norte-sur, en el campo de la salud, en el marco de las tendencias de evolución de la AOD.

La importancia, de este tema de investigación, radica en que, la cooperación internacional, se ha manejado desde varias perspectivas y desde varios significados, entre ellos; una asistencia como una dinámica de ayuda, y otra, como una prueba de interés, poder y competencia alrededor de su respectiva evolución.

La cooperación internacional, vista como poder, intereses y competencia, interpreta a la ayuda como un instrumento geopolítico que crea dependencia y sumisión, ya que, varios países en desarrollo que receptan dicha ayuda deben mostrar gratitud al donante.

En la mayoría de casos *“los donantes son los que deciden cuanto dar, a quien y para qué tipo de actividades, sin condicionantes al libre ejercicio de su voluntad”*<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup>. David Sogge. *Dar y tomar: ¿Qué sucede con la ayuda internacional?* Barcelona, Icaria Editorial, s. a, 2002. Pág. 10

Desde esta perspectiva, se visualizará que para otorgar la cooperación, varios de los estados donantes, impusieron condicionalidades económicas, políticas e ideológicas, desvirtuando la idea de *“llevar la asistencia a los lugares que más lo necesitan.”* Desde entonces, varias de las naciones receptoras, no han considerado, la asistencia como una ayuda real o significativa.

Ante este escenario, la cooperación sur-sur, como una nueva alternativa de asistencia, ha permitido que, dos o más naciones subdesarrolladas, se asocien, para fortalecer de manera mutua sus capacidades sociales, económicas y técnicas, mediante procesos de inclusión, apoyo técnico, equidad, corresponsabilidad y solidaridad.

Por estos precedentes, la hipótesis de esta investigación, plantea que, la cooperación sur – sur en materia de salud, es más provechosa para el Ecuador, en contraste con la tradicional asistencia norte – sur en este mismo sector, en el marco de las tendencias de evolución de la Ayuda Oficial al Desarrollo.

Centro mi análisis en el tema de salud, porque, lo considero como un problema de relevancia mundial y local. Históricamente, los gobiernos del tercer mundo, no han garantizado adecuados niveles de vida a su población, por la falta de presupuesto y una débil asignación de recursos a la salud.

Este escenario, por décadas, ha provocado que, las poblaciones de los países del sur, sean más vulnerables a padecer enfermedades prevenibles como son: la malaria, el dengue, VIH/sida y el paludismo entre otras.

Por tanto, en la actualidad, el tema de la salud es un elemento fundamental de aplicación de la cooperación internacional debido a que, varios de los países subdesarrollados, por la ausencia de recursos y fondos, se ven imposibilitados de garantizar que su población, disfrute de los, derechos básicos a la vida y a la salud.

Se ha tomado el período 2000-2007, porque permite visualizar el inicio, la evolución y los beneficios que alcanza la cooperación internacional en los casos analizados.

La perspectiva teórica, desde la cual se abordará el tema de la Cooperación norte- sur y sur-sur, en el marco de las tendencias de la cooperación internacional; el caso del sector salud en el Ecuador, período 2000-2007, será la Teoría de los Regímenes Internacionales, puesto que la ayuda al desarrollo, involucra a un conjunto de actores; que operan en un marco de normas y de reglas, por lo que, dichas prácticas pueden ser consideradas como un régimen.

Un Régimen Internacional, según la definición de Andreas Hansenclever, Peter Mayer y Volker Rittberger; *“se define como el conjunto de principios, normas, reglas y procedimientos para la toma de decisiones que rige el comportamiento de los estados en un área de la política internacional.”*<sup>2</sup>

Bajo esta concepción, los regímenes internacionales como instituciones, establecen parámetros de actuación que deben ser acotados y reconocidos por todos los actores de la comunidad internacional, para que estos puedan alcanzar sus objetivos.

Para una mejor comprensión, sobre las teorías de los regímenes internacionales, es necesario, estudiar tres escuelas de pensamiento e investigación; como son la corriente realista, la corriente neoliberal y la corriente cognitivista débil y fuerte. Para este propósito, emplearemos el estudio de *“Las Teorías de los Regímenes Internacionales”* de los autores Andreas Hansenclever, Peter Mayer y Volker Rittberge; y de igual forma del autor Robert O. Keohane en su publicación *“Demanda de los Regímenes Internacionales.”*

### **Corriente Realista**

Bajo la concepción realista, para que un régimen internacional surja y se conserve, es necesaria la presencia de un actor predominante. Este escenario anárquico, provoca incertidumbre en los demás actores cooperantes, que se ven subordinados a las pautas del hegemon. Desde esta perspectiva, la existencia de un solo líder, incita a que los socios por su egoísmo y temor ya no sean partícipes de la cooperación, a pesar de, los beneficios o ganancias que esta pueda generar.

---

<sup>2</sup> Andreas Hansenclever, Peter Mayer y Volker Rittberger *“ La teoría de Los Regímenes Internacionales: situación actual y propuestas para una síntesis”*. Internet. [http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18\\_1/apache\\_media/EIJU8JFPNX4773YQBI6PR6I6AKFY4D.pdf](http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18_1/apache_media/EIJU8JFPNX4773YQBI6PR6I6AKFY4D.pdf). Acceso: 2 de Agosto de 2012.

En este sentido, desde la postura realista, la cooperación internacional, por varios años, ha presentado un sistema de poder injusto, en la medida que, crea sus propias reglas, las mismas que quedan establecidas en sus diferentes pautas de acción referente a la asistencia.

Dentro de este contexto, cabe señalar que, los donantes no, han interpretado la asistencia como un sistema de poder, sin embargo, varios de ellos, hasta la actualidad, encuentran en la ayuda externa, un mecanismo para incrementar sus intereses estratégicos, políticos, económicos y militares.

Un claro ejemplo de este escenario, está presente en el alto costo de créditos y préstamos externos de la ayuda reembolsable, los cuales, han sido empleados por varios donantes del CAD y varias instituciones multilaterales, para promover sus propios intereses económicos y comerciales, como mecanismos de ayuda. No obstante, no pueden considerarse como tales, pues no cumplen con el “*carácter concesional del apoyo*”, referente a otorgar la asistencia con un 25% de donación.

### **Corriente Neoliberal**

La corriente neoliberal, por su parte, sustenta que, los estados cooperan unos con otros, con el propósito de obtener intereses y beneficios mutuos. Como, se trata de un proceso menos hegemónico, la incertidumbre disminuye entre los actores de la cooperación, de manera que, las naciones pueden tomar en consideración las ganancias de la asistencia.

En este sentido, los regímenes internacionales, son vistos como instituciones que contienen reglas y normas, que aminoran la desconfianza de los socios, pues, establecen pautas de comportamiento para todos los involucrados.

En el caso de la cooperación al desarrollo, los países del norte, las naciones del sur y otros agentes de la comunidad internacional, interactúan con el propósito de alcanzar metas iguales, como son la erradicación de la pobreza, y el desarrollo de las naciones.

### **Corriente Cognitivista “débil”.**

La Corriente Cognitivista “débil”, enfatiza en el “*sustento intelectual de las instituciones internacionales*,”<sup>3</sup> ya que, los estados, precisan de conocimientos confiables sobre ciertas áreas temáticas específicas, para determinar sus decisiones de manera más acertada.

Para este propósito, surgen las “**comunidades epistémicas**”, entendidas como, un conjunto de intelectuales, que tienen una visión clara en determinadas áreas temáticas específicas. Esta característica, permite que estas comunidades, incidan directamente en la coordinación de las políticas internacionales, gracias a las percepciones compartidas, que poseen sobre ciertos problemas.

### **Corriente Cognitivism “duro”.**

La corriente del cognitivism “duro”, como una perspectiva más sociológica, destaca el carácter social de las relaciones internacionales, reconociendo la importancia del conocimiento de normas y reglas, antes que, la noción de costos y beneficios.<sup>4</sup>

La cooperación, para el cognitivism “duro”, propicia a que, la incertidumbre y el egoísmo disminuyan, pues los estados, respetan los intereses de todos por igual. Desde, esta visión, los estados no actúan como actores racionales, que definen sus posturas de acuerdo a sus propios beneficios, pues, para los cognitivistas, las normas internacionales son directrices y pautas, que les permiten determinar objetivos y acciones apropiadas, antes que, las que les producen mayores beneficios individuales.

En definitiva, se puede decir que, los regímenes internacionales propician a que, los estados junto a otros actores de la comunidad mundial, cooperen conjuntamente para alcanzar determinados objetivos, como son el desarrollo social y económico de las naciones con menores niveles de progreso. No obstante, la variedad de motivos que promueven a esta asistencia, son de diversa índole.

---

<sup>3</sup> A. Hansenclever, P. Mayer y V. Rittberger “La teoría de Los Regímenes Internacionales”. 1999. Universidad Andina Simón Bolívar. Página 508.

<sup>4</sup> *Ibíd.* Página 509.

La tesis está constituida por dos capítulos. El capítulo uno, trata sobre la cooperación internacional y su evolución; y realiza un breve análisis sobre la Cumbre del Milenio, la Cumbre de Monterrey, la Declaración de Roma, y la Declaración de París.

Estas reuniones mundiales, pretendían dar respuesta a la necesidad urgente de incrementar los recursos del apoyo externo, pero sobre todo, lograr mayor eficacia de la ayuda, sin embargo, en tales eventos, no se logró sino, un conjunto de compromisos políticos, que no han alcanzado a dar solución a la escasa responsabilidad de los países miembros del CAD sobre los flujos de ayuda.

Continúa el capítulo I, con el estudio de los flujos y tendencias de la ayuda oficial al desarrollo a nivel mundial y para América Latina, para esto, se estudian específicamente los principales países donantes, y los principales destinos de la ayuda, considerando que, Latinoamérica, los en los últimos años, se ubica en último lugar de receptores de los flujos de la AOD, por ser considerada como una región de países de renta media.

Para concluir el capítulo, se realizará el estudio sobre la evolución histórica y las características de la cooperación norte sur, y sur-sur respectivamente, con el objetivo de conocer los procesos de cada uno de estas intervenciones a favor de los países con menores niveles de desarrollo.

En este capítulo, se considerará un limitante; por cuanto la asistencia horizontal sur-sur, cuenta con escasos datos sobre los flujos, y prácticas sur-sur, por ende, no fue posible el análisis de estadísticas de la cooperación sur-sur durante gran parte del siglo XX y la primera década del siglo XXI.

En el capítulo II, se analizará específicamente la cooperación internacional para el Ecuador; con un breve análisis de las políticas actuales que rigen la asistencia internacional para el país. Continúa el capítulo, con el estudio de la evolución histórica de las de las agencias encargadas de la cooperación internacional y los flujos de la ayuda oficial al desarrollo hacia el Ecuador.

Para completar, el enfoque en el ámbito de la salud, en el capítulo II, se analizará la evolución de la cooperación internacional en salud, y las tendencias de la ayuda oficial. Esto,

nos permitirá comprender porque en la actualidad, el derecho a la salud es una de las principales prioridades de la agenda mundial.

Finalmente, para conocer el impacto que tienen las políticas de cooperación de los donantes en el ámbito de la salud en el Ecuador, se analizarán dos casos de asistencia norte-sur y sur-sur, respectivamente, provenientes del Reinado de Bélgica y de la República de Brasil.

Termino el trabajo, estableciendo las principales conclusiones que se derivan de la investigación desarrollada.

## Capítulo I

### 1. COOPERACIÓN INTERNACIONAL: Características fundamentales y tendencias

El ex Canciller Francisco Mena Carrión define a la cooperación internacional como:

*“Una fuerza gravitante sobre la escena geopolítica mundial, que sigue la línea del derecho y hace de la solidaridad internacional un principio, que lidera el afianzamiento de un nuevo orden, cuyo fin es la erradicación de la pobreza y la exclusión, a través de la promoción de la sostenibilidad y el aumento permanente de los niveles de desarrollo político, social, económico y cultural.”<sup>5</sup>*

Bajo esta concepción, la cooperación internacional tiene como fin:

*“Promover actuaciones de carácter internacional orientadas al intercambio de experiencias y recursos para alcanzar metas comunes basadas en criterios de solidaridad, equidad, eficacia, interés mutuo y corresponsabilidad. Hablar de la cooperación internacional es poner énfasis en aspectos humanos, éticos y sociales como lineamientos fundamentales de nuevas alternativas de desarrollo.”<sup>6</sup>*

Sin embargo, tras más de medio siglo de cooperación internacional, el autor David Sogge, considera que, la mayoría de actuaciones no han sido más que enunciados políticos que no se cumplen en la práctica, puesto que en la realidad, la ayuda ha sido directiva y condicionada, y se ha manejado principalmente como instrumento político, económico e ideológico para perpetuar la dependencia de los países en desarrollo con aquellos estados desarrollados.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup>Instituto Ecuatoriano de Cooperación Internacional. Ministerio de Relaciones Exteriores. *Cooperación para el Desarrollo Ecuador 2003-2004*, Quito, Graficas Ortega. Página 3.

<sup>6</sup>Ibíd. Página 3.

<sup>7</sup> David Sogge. *Dar y tomar: ¿Qué sucede con la ayuda internacional?* Barcelona, Icaria Editorial, s. a, 2002. Página 29.

No obstante, es necesario mencionar que, a pesar de, la evidencia de que buena parte de la ayuda ha sido entregada como una “*cooperación atada,*” también se han llevado a cabo iniciativas altruistas, cuyo interés ha pretendido brindar una cooperación internacional más solidaria y justa.

Actualmente, la definición de cooperación internacional es más amplia, porque responde al creciente desarrollo y complejidad de las relaciones internacionales. Es así, que la cooperación internacional conjuga la ayuda o apoyo al desarrollo, con otros elementos como los de promoción comercial e intereses políticos y económicos.

Son todos estos procesos, los que nos llaman la atención, por su función e implicaciones, sobre todo por el impacto que tienen en el mejoramiento de la calidad de vida de los países de menores niveles de desarrollo.

En el presente capítulo, se analizará el surgimiento y evolución de la cooperación internacional asociada a la discusión de desarrollo y subdesarrollo, considerando que, la tradicional cooperación norte-sur ha sido altamente valorada por la comunidad internacional por el apoyo y ayuda económica que brinda a los países con menores niveles de progreso.

Por décadas, esta asistencia respondió más a los intereses políticos, económicos e ideológicos de los donantes que a los intereses de las naciones beneficiarias.<sup>8</sup>

La cooperación sur-sur, inicia en los años 60, como una “*nueva forma de cooperación.*” Esta, “*nueva propuesta de asistencia,*” nace de los países considerados con menores niveles de desarrollo ante un “*conjunto de factores*” que, en la actualidad, permiten que, el modelo de CCS se fortalezca. Entre estos, podemos mencionar: la disminución de la ayuda oficial al desarrollo a varias naciones categorizadas como Estados de renta media; y la “*condicionalidad*” y “*verticalidad*” de la tradicional cooperación norte-sur.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Diego Cando. *Cooperación Sur-Sur*, Quito, IAEN, 2011. Página 3.

<sup>9</sup> *Ibíd.* Página 3.

## 1.1. Surgimiento y evolución de la cooperación internacional

La cooperación internacional, en un principio, fue empleada como un mecanismo para establecer alianzas entre los Estados que buscaban la paz mundial. Por esta razón, al término de la Primera Guerra Mundial, las bases del Pacto de la Sociedad de Naciones (PSN), creado mediante el Tratado de Versalles, en el año de 1919 en Ginebra, señalaron a la cooperación entre naciones como la principal garantía para la paz y la seguridad colectiva.

Años más tarde, ante la amenaza que representaba la Segunda Guerra Mundial para la supervivencia de la humanidad y para fomentar la paz, la unidad y seguridad internacional, se planteó la necesidad de establecer una organización internacional.

Con este motivo, el 1° de enero de 1942, en plena Segunda Guerra Mundial, 26 naciones daban inicio a este propósito, aprobando la Declaración de las Naciones Unidas, en donde sus respectivos gobiernos se comprometían a seguir luchando juntos contra las Potencias del Eje.<sup>10</sup> Posteriormente se fueron sumando otras naciones hasta sumar 51 Miembros Fundadores.

El 26 de junio de 1945, los gobiernos y representantes de los *Pueblos de las Naciones Unidas*, firman **La Carta de las Naciones Unidas** en la Ciudad de San Francisco, instituyendo la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Los objetivos de esta Organización, estuvieron encaminados a fomentar entre los Estados, relaciones de amistad y respeto mutuo, para prevenir nuevas guerras mundiales. La cooperación internacional entre naciones, se constituía en un complemento y una herramienta para afrontar las dificultades económicas, sociales, políticas, humanitarias y de desarrollo de los países afectados por la Segunda Guerra Mundial.

Desde, la segunda mitad de los años 40, empezó el proceso de descolonización en varios países de Asia, África y América Latina. Las antiguas potencias colonialistas como Gran

---

<sup>10</sup> El término **Eje** (Fuerzas del Eje, Eje Roma-Berlín-Tokio) designa el conjunto de países (Alemania, Italia y Japón) que lucharon contra los Aliados durante la Segunda Guerra Mundial.

Bretaña y Francia deciden reconocer la emancipación de estas naciones conservando la dependencia económica y política de estos nuevos estados.<sup>11</sup>

Los países independientes para elaborar sus propios proyectos de desarrollo, necesitan de la asistencia económica y técnica de los países del primer mundo. En este contexto, según Unceta y Yoldi: *“La cooperación internacional vendría a convertirse así en un instrumento de utilidad e interés desde ambos puntos de vista, y los Ministerios de Cooperación externa acabarían sustituyendo a los antiguos Ministerios de Colonias”*.<sup>12</sup>

En el período de la Guerra Fría, se consolidan el bloque capitalista y el socialista. Ambas potencias, pretenden aumentar su influencia en los países recientemente descolonizados de América Latina, Asia y África, por sus intereses geopolíticos.<sup>13</sup>

Tanto, el bloque capitalista como el comunista, empiezan a canalizar recursos económicos, paquetes militares, programas de desarrollo y asistencia técnica hacia los países descolonizados.

Uno, de los más claros ejemplos del interés en Latinoamérica fue la creación de la Alianza para el Progreso, propuesta por el Presidente de los Estados Unidos John F. Kennedy, en el año de 1961.

La Alianza para el Progreso, fue un programa de ayuda socioeconómica para los países de América Latina, trazado para el período 1961-1970, con una inversión de 20.000 millones de dólares, entregada por medio de las agencias de ayuda y agencias financieras multilaterales de los Estados Unidos.<sup>14</sup> Uno de los propósitos de la Alianza para el Progreso fue evitar el

---

<sup>11</sup> Tassara Carlo. *Paradigmas, actores y políticas. Breve historia de la cooperación internacional al desarrollo*. Internet.

[http://www.comunicazione.uniroma1.it/materiali/10.42.04\\_Actores%20y%20paradigmas%20bis.pdf](http://www.comunicazione.uniroma1.it/materiali/10.42.04_Actores%20y%20paradigmas%20bis.pdf) Acceso:( 24 de Abril de 2011). Página 5.

<sup>12</sup> Unceta Koldo e Yoldi Pilar. *La cooperación al desarrollo: surgimiento y evolución histórica*. Internet. [http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0029/La\\_cooperacion\\_al\\_desarrollo.\\_manual\\_1\\_castellano.pdf](http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0029/La_cooperacion_al_desarrollo._manual_1_castellano.pdf). Acceso:(24 de Abril de 2011) Página19.

<sup>13</sup> *Ibíd.* Página15.

<sup>14</sup> Historia T.P. Ética. *Alianza para el progreso*. Internet.

<http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:BICxf4gqRDQJ:xa.yimg.com/kq/groups/15595673/15340>

surgimiento de nuevos levantamientos políticos como la triunfante Revolución Cubana liderada por Fidel Castro en el año de 1959.

Continuando, con el análisis, en la década de los años 50, el enfoque de la cooperación internacional tuvo una orientación netamente económica. Según Carlo Tassara; el papel principal de la asistencia es el de dirigir el ahorro y las inversiones de los países desarrollados a los países con menores niveles de productividad, para que pudiesen crear sus propias fábricas y alcancen su progreso, dejando de lado, aspectos sociales como: la educación, la salud y la igualdad social.<sup>15</sup>

Finalmente, uno de los aspectos más relevantes de los años 50 fue la creación de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), que promueven diversos temas como la ayuda para el desarrollo. Entre las principales podemos mencionar, las ONGs confesionales, vinculadas a la iglesia y las misiones; las ONGs laicas, caracterizadas por sus principios humanitarios; y, las ONGs políticas, vinculadas a partidos gubernativos, sindicatos y grupos sociales.

En el año de 1961, las Naciones Unidas (ONU) proclama a la década de los años 60 como el *"Primer Decenio para el Desarrollo"*, con esta declaración, se procuró superar el concepto de *"desarrollo"* asociado netamente al crecimiento económico y se propuso ligarlo al mejoramiento de la salud, el empleo, la educación y la investigación científica y técnica.

---

95340/name/Historia%2BT.P%2BEtica.doc+la+Alianza+Para+el+Progreso+cuyo+origen+est%C3%A1+en+la+propuesta+oficial+del+presidente+John+F.+Kennedy&hl=es&pid=bl&srcid=ADGEEShqhpIHr7xKRlgnHjYqZDSLQM597eeWnoMGjxDft8pEbSxNjcY3udoOkVbmlCE6vHBcskMjitiH8IEb8n7cujMBCYKnuiDeruBnU51fTtgTO1Mlm3yjAp3J8J0gF-1V89LDEgh&sig=AHIEtbTjg9sLJ1Gxm\_EWqksMXFeOJD6GBg. Acceso: (27 de Abril de 2011).

<sup>15</sup>Tassara Carlo. *Paradigmas, actores y políticas. Breve historia de la cooperación internacional al desarrollo*. Internet.

[http://www.comunicazione.uniroma1.it/materiali/10.42.04\\_Actores%20y%20paradigmas%20bis.pdf](http://www.comunicazione.uniroma1.it/materiali/10.42.04_Actores%20y%20paradigmas%20bis.pdf)  
Acceso:(23 de Junio de 2011) Página 7.

Con este propósito, los países desarrollados acordaron aportar el 1% de su PNB para erradicar la pobreza en las naciones con menores niveles de desarrollo. El 1% se desglosó en un "0.7% público y un 0.3% a cargo de las empresas privadas."<sup>16</sup>

No obstante, los resultados no fueron los esperados; según, Laura Vitoria García: "el primer Decenio para el Desarrollo" fue calificado como un fracaso debido a que: "solo un pequeño número de países en vías de desarrollo habían alcanzado la tasa de crecimiento del 5%, quedando la mayor parte de ellos muy por debajo de este porcentaje. La evolución de la ayuda era un más decepcionante: no solo los países industriales, salvo algunas excepciones no habían alcanzado el umbral del 1%, sino que la tendencia iba en el sentido de una disminución del volumen relativo a la ayuda."<sup>17</sup>

Consecuentemente, los objetivos de las Naciones Unidas no se habían logrado.<sup>18</sup> Con estos precedentes, en el contexto de la Guerra Fría, los países con menores niveles de desarrollo empiezan a elaborar nuevas propuestas sobre el progreso de sus naciones, dando origen a la creación del Movimiento de los Países no Alineados (MPNA), en la Primera Conferencia Cumbre de Belgrado en el año de 1961.

El MNPA, se caracterizó por mantener una posición neutral y de no alineamiento a ninguna potencia. Sus principales objetivos, fueron el apoyo a la autodeterminación de los pueblos, la oposición al *Apartheid*, la lucha contra el imperialismo y la no injerencia en los asuntos internos de cada estado.<sup>19</sup>

---

<sup>16</sup> Plataforma. 0,7. Breve historia de la Plataforma 0,7.Internet. [http://www.plataforma07.org/Historia\\_07/Historia\\_07.html](http://www.plataforma07.org/Historia_07/Historia_07.html). Acceso: (23 de Octubre de 2011).

<sup>17</sup> García Laura Vitoria. El Derecho del Desarrollo como base para la Construcción del Derecho al Desarrollo del Primer Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Internet. <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=82400907>. Acceso: (25 de Junio de 2011) Página.243

<sup>18</sup> Talavera Pedro. Ayuda al Desarrollo y nuevo orden económico internacional. Internet. [http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/A/ayuda\\_desarrollo.pdf](http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/A/ayuda_desarrollo.pdf). Acceso: (15 de Septiembre de 2011).

<sup>19</sup> Tassara Carlo. Paradigmas, actores y políticas. Breve historia de la cooperación internacional al desarrollo. Internet. [http://www.comunicazione.uniroma1.it/materiali/10.42.04\\_Actores%20y%20paradigmas%20bis.pdf](http://www.comunicazione.uniroma1.it/materiali/10.42.04_Actores%20y%20paradigmas%20bis.pdf). Acceso:(17 de Junio de 2011).Página 9.

Uno de los aportes más significativos del MPNA, se dio en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD II), realizada en Nueva Delhi en el año de 1968. En está, los países del MPNA se reconocen como naciones militarmente débiles, con economías subdesarrolladas y consecuentemente formulan sus propios proyectos de desarrollo para tener un mayor protagonismo mundial y un mejor crecimiento económico.

Al mismo tiempo, en la década de los años 60, el proceso de desarrollo en todo el mundo, se enfrentaba a nuevos problemas como el crecimiento demográfico, aumento del desempleo, desequilibrios comerciales y necesidad de financiamientos externos. Esta situación, demostraba las limitaciones para superar la pobreza e inequidad en los países subdesarrollados.<sup>20</sup>

Así, lo confirmó la publicación del informe “Partners in Development” o “*Informe Pearson*” en el año de 1969 del autor Lester B. Pearson.<sup>21</sup> En esta documentación, se sostiene que, a pesar de los 20 años de cooperación, aún persisten altos índices de inequidad entre países ricos y pobres, continuando las brechas económicas y sociales que dificultan que los estados subdesarrollados alcancen su desarrollo.<sup>22</sup>

Al respecto, el “*Informe Pearson*”, sugiere que: La Cooperación Internacional al Desarrollo (CID), debe dirigir sus acciones a la satisfacción de las necesidades básicas, como la salud y la educación y además, que se dé cumplimiento a los compromisos obtenidos para asignar el 1% del PNB a los países con menores niveles de desarrollo.<sup>23</sup>

---

<sup>20</sup>Unceta Koldo e Yoldi Pilar. *La cooperación al desarrollo: surgimiento y evolución histórica*. Internet. [http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0029/La\\_cooperacion\\_al\\_desarrollo.\\_manual\\_1\\_castellano.pdf](http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0029/La_cooperacion_al_desarrollo._manual_1_castellano.pdf). Acceso:( 20 de Julio de 2011). Página 46.

<sup>21</sup> **Lester B. Pearson**, ganador del Premio Nobel (1957) y ex Primer Ministro de Canadá, publicó en el año de 1969 el informe “Partners in Development” o “Informe Pearson”.

<sup>22</sup> UNESCO. *El informe Pearson. Nueva estrategia para un desarrollo global*. Internet. <http://unesdoc.unesco.org/images/0005/000567/056743so.pdf>. Acceso: (13 de Mayo de 2011). Página 3.

<sup>23</sup> *Ibíd.* Página. 3

Con este propósito, en el año de 1972, para robustecer a la Cooperación Internacional al desarrollo, las naciones desarrolladas ratifican su compromiso y deciden donar el 0.7% de su Renta Nacional Bruta (RNB) para la erradicación de la pobreza extrema.<sup>24</sup>

Finalmente, durante los años 70, la asistencia oficial al desarrollo fue dirigida a “*sanidad, transporte, desarrollo urbano, y pesquerías; ya que las agencias de cooperación al desarrollo vieron en estos sectores, una mejor posibilidad de desarrollo y mejor beneficio, control y responsabilidad por parte del receptor.*”<sup>25</sup>

En los años 80, la cooperación estuvo altamente influida por las condicionalidades económicas y políticas de las instituciones financieras debido al endeudamiento de los países de América Latina y África con la banca internacional en los años 70. A lo largo de este periodo, la banca internacional ofrece préstamos con intereses variables y en condiciones favorables.

Una década después, cambian las condiciones de financiación, y las tasas de interés de los préstamos empiezan a incrementarse, lo que da lugar a la “*crisis de la deuda*” en el año de 1982.<sup>26</sup>

En 1989, se creó el “*Consenso de Washington*”<sup>27</sup>, con una clara orientación neoliberal que condicionó política y económicamente el funcionamiento de las organizaciones financieras internacionales, así como las políticas económicas y sociales de los diferentes países.

---

<sup>24</sup> Coordinadora de ONG para el Desarrollo-España (CONGDE). *AOD Hoy Discurso y realidad*. Internet. [http://autonomicas.congde.org/documentos/222\\_1.pdf](http://autonomicas.congde.org/documentos/222_1.pdf). Acceso:( 3 de Julio de 2011). Página 12.

<sup>25</sup> David Sogge. *Dar y tomar: ¿Qué sucede con la ayuda internacional?* Barcelona, Icaria Editorial, s.a. 2002. Página 137.

<sup>26</sup> Unceta Koldo e Yoldi Pilar. *La cooperación al desarrollo: surgimiento y evolución histórica*. Internet. [http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0029/La\\_cooperacion\\_al\\_desarrollo.\\_manual\\_1\\_castellano.pdf](http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0029/La_cooperacion_al_desarrollo._manual_1_castellano.pdf). Acceso:(28 de Junio de 2011). Página 70.

<sup>27</sup> “**El consenso de Washington** se sintetizaba en diez puntos entre ellos una disciplina fiscal rigurosa; reordenamiento de las prioridades del gasto público; reforma fiscal; liberalización de los tipos de interés; tipo de cambio competitivo; liberalización del comercio internacional y de las inversiones extranjeras; privatización; desregulación; fortalecimiento de la defensa de los derechos de propiedad.” En: Tassara, Carlo. *Paradigmas, actores y políticas. Breve historia de la cooperación internacional al desarrollo*. Internet. [http://www.comunicazione.uniroma1.it/materiali/10.42.04\\_Actorres%20y%20paradigmas%20bis.pdf](http://www.comunicazione.uniroma1.it/materiali/10.42.04_Actorres%20y%20paradigmas%20bis.pdf) Acceso:(10 de Mayo de 2011) Página17.

En definitiva, las medidas económicas del *Consenso de Washington y la aplicación de los Programas de Ajuste Estructural*, no lograron el progreso social y económico, esperado en las naciones subdesarrolladas, el índice de pobreza y desempleo aumentó, afectando gravemente en la calidad de vida de las personas pobres.<sup>28</sup> Los resultados años más tarde, pasarían a: “*ser objeto de las agendas de la cooperación al desarrollo.*”<sup>29</sup>

Continuando, con el análisis, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) junto a varios estudiosos y científicos sociales como Amartya Sen, plantean en el año de 1990 la necesidad de un nuevo concepto de “*Desarrollo Humano*”<sup>30</sup>, que contemple nuevos temas mundiales, asociados “*al progreso social, la economía, la eficiencia, la igualdad, la participación y la libertad, derechos humanos, la sostenibilidad y la seguridad humana.*”<sup>31</sup>

Las personas que son el centro del desarrollo y progreso social, deben ir más allá del crecimiento económico. El aumento de capital es necesario, pero no suficiente, para alcanzar su bienestar, por esto, hay que priorizar las necesidades básicas humanas como ejes centrales del desarrollo.<sup>32</sup>

El Desarrollo Humano en la década de los 90, reorientó los paradigmas de la cooperación internacional y enfocó la ayuda hacia el desarrollo de las capacidades humanas; según la Coordinadora de ONG para el Desarrollo-España (CONGDE): “*El desarrollo comienza a plantearse con mucha más fuerza más allá del crecimiento económico, la gobernabilidad, la*

---

<sup>28</sup> Tassara, Carlo. *Paradigmas, actores y políticas. Breve historia de la cooperación internacional al desarrollo.* Internet. [http://www.comunicazione.uniroma1.it/materiali/10.42.04\\_Actores%20y%20paradigmas%20bis.pdf](http://www.comunicazione.uniroma1.it/materiali/10.42.04_Actores%20y%20paradigmas%20bis.pdf) Acceso:(10 de Mayo de 2011) Página 21.

<sup>29</sup> Coordinadora de ONG para el Desarrollo-España (CONGDE). *AOD Hoy Discurso y realidad.* Internet. [http://autonomicas.congde.org/documentos/222\\_1.pdf](http://autonomicas.congde.org/documentos/222_1.pdf). Acceso:( 10 de Mayo de 2011). Página 12.

<sup>30</sup> “**El desarrollo humano**, como enfoque, se ocupa de lo que yo considero la idea básica de desarrollo; concretamente, el aumento de la riqueza de la vida humana en lugar de la riqueza de la economía en la que los seres humanos viven, es sólo una parte de la vida misma.” En: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Orígenes del Enfoque de Desarrollo Humano.* Internet. <http://hdr.undp.org/es/desarrollohumano/origenes/>. Acceso (10 de Mayo de 2011).

<sup>31</sup> *Índice de desarrollo Humano.* Internet. <http://www.caribdis.org/proyete/activitats4/so410.htm>. Acceso. (28 de Mayo de 2011).

<sup>32</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Estrategias de Desarrollo Humano para la década de los años 90.* Internet. [http://hdr.undp.org/en/media/hdr\\_1990\\_es\\_cap4.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/hdr_1990_es_cap4.pdf). Acceso (11 de Mayo de 2011).

*extensión de los Derechos Humanos, la sostenibilidad ambiental y la distribución equitativa de los recursos y las oportunidades.*<sup>33</sup>

Otro aporte que, influyó en la cooperación al desarrollo durante los años 90, es el surgimiento de la “*cooperación descentralizada*”<sup>34</sup>; que nace en contraposición a los enfoques centralistas y verticales planteados por los miembros del CAD en años anteriores.

En el año 2000, se realiza la *Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas* en la ciudad de Nueva York. Aquí los 192 estados miembros de las Naciones Unidas se comprometen a establecer objetivos y metas con plazos definidos para combatir el hambre y la pobreza extrema, el analfabetismo, las enfermedades prevalentes, la mortalidad infantil y materna y la discriminación contra la mujer; a estos se los identifica como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Los compromisos convenidos en la “*Cumbre del Milenio*” no son nuevos, ya que los objetivos y metas planteados durante la reunión, fueron formulados en antiguas conferencias y cumbres internacionales en décadas pasadas.<sup>35</sup>

Por lo tanto, el proyecto de los ODM plantea unificar las metas de todas las fuentes de cooperación, concentrándose en esos objetivos que por otro lado, son pequeños, ya que, para muchas Organizaciones y jefes de Estado, son considerados como “*mínimos para el desarrollo, ya que, no son coherentes con el concepto del Desarrollo Humano, y no*

---

<sup>33</sup>Coordinadora de ONG para el Desarrollo-España (CONGDE). *AOD Hoy Discurso y realidad*. Internet. [http://autonomicas.congde.org/documentos/222\\_1.pdf](http://autonomicas.congde.org/documentos/222_1.pdf). Acceso:( 3 de Marzo de 2011). Página 12.

<sup>34</sup> “*La cooperación descentralizada es realizada por las administraciones locales (municipios, provincias, regiones y otras denominaciones según los países). Se trata de un nuevo enfoque de la cooperación caracterizado por la descentralización de las iniciativas y de la relación con el sur, por la incorporación de una amplia gama de nuevos actores de la sociedad civil y por una mayor participación de los actores de los países del Sur en su propio desarrollo.*” En: Tassara, Carlo. *Paradigmas, actores y políticas. Breve historia de la cooperación internacional al desarrollo*. Internet. [http://www.comunicazione.uniroma1.it/materiali/10.42.04\\_Actores%20y%20paradigmas%20bis.pdf](http://www.comunicazione.uniroma1.it/materiali/10.42.04_Actores%20y%20paradigmas%20bis.pdf) Acceso:(20 de Septiembre 2011). Página 24.

<sup>35</sup> Evelyn Flores. Tesis *El Funcionamiento de los Organismos Internacionales en el entorno mundial actual. La Organización de Naciones Unidas, en el Proyecto de los Objetivos del Milenio y su aplicación en el Ecuador*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Sociología y Ciencias Políticas. Página 64.

*promueven un avance en términos de equidad, al considerar promedios nacionales en lugar de la mejoría de las condiciones de la población más vulnerable.*<sup>36</sup>

### **1.1.1 Orígenes y Antecedentes de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD).**

La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), se creó el marco del Plan Marshall<sup>37</sup>, como un importante *“instrumento de distribución de riqueza en todo en el mundo.”*<sup>38</sup>

*“La AOD en sus inicios obedece a los intereses estratégicos, políticos y comerciales de los países occidentales, de la mano del mantenimiento de las relaciones financieras y comerciales con las ex colonias o apareciendo como un instrumento legitimador de las potencias dominantes en cada uno de los bloques que lideraron la Guerra Fría.”*<sup>39</sup>

Por ende, desde un inicio, la AOD tuvo que ver con *“quién consigue qué, cuándo, cómo y en qué términos*<sup>40</sup>*”*. De modo que, detrás de la creación de un sistema permanente de asistencia, han estado los intereses económicos, políticos, históricos y militares de los países desarrollados, que pretendían a través de los flujos de la ayuda, incrementar su poder a nivel mundial.

---

<sup>36</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Políticas públicas para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Internet. <http://compartir.logosundp.org/pdf/es/09.pdf>. Acceso: (22 de Septiembre de 2011). Página 12.

<sup>37</sup> **Plan Marshall:** Después de la Segunda Guerra Mundial, el 12 de julio de 1947, los Estados Unidos crean el Plan de Reconstrucción Europea conocido como el “Plan Marshall” que consistió en la emisión de 12.400 millones de dólares repartidos en cuatro años para la reconstrucción de la Europa devastada por las guerras mundiales, su principal intención fue detener el avance del Comunismo.

<sup>38</sup> Concalves Janice. *Los Derechos Humanos. La Ayuda Oficial al Desarrollo y la gobernación democrática en los PMA*. Internet. [http://cooperantes.proyectokalu.com/wp-content/uploads/Derechos\\_Humanos\\_Ayuda\\_Oficial\\_Al\\_Desarrollo\\_Gobernabilidad\\_En\\_PMAs.pdf](http://cooperantes.proyectokalu.com/wp-content/uploads/Derechos_Humanos_Ayuda_Oficial_Al_Desarrollo_Gobernabilidad_En_PMAs.pdf) Acceso: (22 de Septiembre de 2011). Página 22.

<sup>39</sup> Coordinadora de ONG para el Desarrollo-España (CONGDE). *AOD Hoy Discurso y realidad*. Internet. [http://autonomicas.congde.org/documentos/222\\_1.pdf](http://autonomicas.congde.org/documentos/222_1.pdf). Acceso: (16 de Octubre de 2011). Página 12.

<sup>40</sup> David Sogge. *Dar y tomar: ¿Qué sucede con la ayuda internacional?* Barcelona, Icaria Editorial, s.a. 2002. Página 37.

## Creación de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD)

Concluído el Plan Marshall, la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), se convierte en el principal instrumento de los países desarrollados para la transferencia de los flujos de asistencia hacia los territorios con menores niveles de desarrollo. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) compuesta por las naciones más desarrolladas del mundo, se encargaría de definir los conceptos, la medición y el seguimiento de los flujos de AOD y de las políticas asociadas.<sup>41</sup>

Con este precedente, ocurren dos acontecimientos claves para la constitución de la AOD: El primero, se da en el año de 1960, cuando los países miembros de la OCDE, plantean: *“que su deber es llevar a los países miembros al más alto grado de desarrollo económico y, promover la expansión económica de los países miembros y no miembros.”*<sup>42</sup>

Sin embargo, mediante la OCDE, los países “desarrollados” marcan su presencia en el sistema internacional surgiendo como “benefactores”, amparándose en el apoyo que prestan a la Cooperación internacional, que, para este período fue más de tipo económico.

El segundo acontecimiento, ocurrió en el año de 1969, con la creación del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE que establece las principales líneas de cooperación para los países e instituciones miembros: *“Cada país desarrollado aumentará progresivamente la ayuda oficial a los países en desarrollo y hará todos los esfuerzos por llegar a una suma meta de al menos el 0,7% de su producto nacional bruto hacia el final del decenio”*<sup>43</sup>

---

<sup>41</sup> La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (**OCDE**) conocida inicialmente como la Organización Europea para la Cooperación Económica (**OECE**) surge como derivación del Plan Marshall y de la Conferencia Económica Europea entre el año de 1948 y el año de 1960.

<sup>42</sup> Salgado José Eusebio. *Antecedentes Históricos de la Unión Europea*. Internet. <http://www.peceacatlan.com/Tema1.htm>. Acceso: (28 de Mayo de 2011).

<sup>43</sup> *El papel de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD)*. Internet. <http://www.eurosur.org/futuro/fut78.htm>. Acceso: (27 de Mayo de 2011).

### 1.1.2. Conceptos y Características de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD)

De acuerdo, a lo que se menciona en párrafos anteriores, la AOD comprende los desembolsos netos de créditos y donaciones, efectuados conforme a los criterios de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE).<sup>44</sup> La asistencia a los países menos desarrollados es entregada siempre que el Estado destinatario cumpla con las siguientes condiciones:

- “La AOD debe entregarse en términos financieros con una concesión mínima del 35%, y del 50% para los “países menos adelantados (PMA)”<sup>45</sup>.
- Debe ser destinado a los PMA, a los países con bajos ingresos, los países con ingresos medios bajos, los países con ingreso medios altos que constan en la lista de beneficiarios del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD).
- Debe entregarse de manera continua, segura y en condiciones favorables y debe ser de tipo no comercial.

Cabe señalar que, no se consideran como ayuda, las donaciones que se relacionen con el suministro de equipos y servicios militares, aspectos relativos a la ejecución del mantenimiento de la paz, funciones paramilitares y las aplicaciones militares de la energía nuclear.<sup>46</sup>

#### Principales Instrumentos de la AOD:

- Ayuda Humanitaria: Es otorgada a las poblaciones más afectadas cuando ocurren desastres naturales o guerras. La ayuda es entregada en forma de financiación, suministros de bienes y servicios, de carácter no reembolsable. Está a su vez,

---

<sup>44</sup> Capacitación Externa Asamblea General Modelo Regional 2009 – OAJNU. Ayuda Oficial al Desarrollo. Internet. <http://www.scribd.com/doc/21302880/Ayuda-Oficial-Para-El-Desarrollo>. Acceso: (22 de Abril de 2011).

<sup>45</sup> Coordinadora de ONG para el Desarrollo-España (CONGDE). AOD Hoy Discurso y realidad. Internet. [http://autonomicas.congde.org/documentos/222\\_1.pdf](http://autonomicas.congde.org/documentos/222_1.pdf). Acceso: (9 de Abril de 2011)

<sup>46</sup> Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. ¿Qué es AOD? Internet. [http://www.ucm.es/info/IUDC/img/biblioteca/qu\\_es\\_AOD.pdf](http://www.ucm.es/info/IUDC/img/biblioteca/qu_es_AOD.pdf). Acceso: (12 de Marzo de 2011).Página. 2.

contempla tres tipos de instrumentos: ayuda en emergencia, ayuda alimentaria y cooperación técnica. Ver Anexo 1.

- Préstamos concesionales y microcréditos: Según la definición de la OCDE:
- “Se trata de préstamos que se extienden en términos mucho más generosos que los préstamos del mercado. La concesión se logra ya sea a través de las tasas de interés inferiores a las disponibles en el mercado o por períodos de gracia, o una combinación de estos. Préstamos en condiciones concesionarias suelen tener largos períodos de gracia.”<sup>47</sup>*

#### **Destinatarios de la AOD:**

- El CAD cada año establece una lista de estados receptores de ayuda según su nivel de ingresos. Entre ellos podemos mencionar a los Países Menos Adelantados (PMA), los Países con bajos ingresos, los Países con ingresos medio bajo, los Países con ingreso medio alto y los Países con ingreso alto. Ver anexo 2.

#### **Indicadores para medir la calidad de la AOD:**

- Uno, de los principales indicadores de la calidad de AOD, es medido por los flujos de ayuda dirigidos a los 50 Países Menos Adelantados (PMA) del mundo. En este caso, los donantes tienen el compromiso de destinar el 0.15% de ayuda a los Países Menos Adelantados.<sup>48</sup>
- El nivel de condicionalidad económica también es un indicador básico de la calidad de la AOD. Este se puede medir por los préstamos otorgados al crecimiento de los países en desarrollo, que están ligados a la ganancia de bienes y servicios de las empresas de los países donantes.<sup>49</sup>
- Otro indicador, es la “ayuda no atada”, la cual es entregada sin intereses económicos, políticos ni ideológicos.<sup>50</sup>

---

<sup>47</sup> Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Glossary of Statistical Terms*. Internet.

<http://translate.google.com/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://stats.oecd.org/glossary/detail.asp%3FID%3D5901>. Acceso: (7 de Junio de 2011).

<sup>48</sup> Organización no Gubernamental para la Cooperación (AMYCOS). *La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD)*. Internet. <http://www.amycos.org/Archivos/bPdf/20061211193836YCOS.pdf> . Acceso: (4 de Marzo de 2011) Página 3.

<sup>49</sup> *Ibíd.* Página 4.

<sup>50</sup> *Ibíd.* Página 4.

Solamente, una oportuna y adecuada cantidad y calidad de Ayuda Oficial al Desarrollo, puede servir para solventar los problemas globales, como son la pobreza y el hambre en los países con menores niveles de desarrollo. Sin embargo, durante décadas, el financiamiento para el desarrollo y el incremento de la AOD han sido insuficientes, como es el caso de los años 90, donde se produce la llamada “*fatiga de la ayuda*”<sup>51</sup>.

La reducción de las cifras de la AOD durante los 90, demostró la ineficacia de la ayuda, y creó la necesidad de promover una nueva agenda para el desarrollo; en este contexto, durante la “*Cumbre del Milenio*” en el año 2000, las Naciones Unidas impulsan una nueva agenda internacional de desarrollo basada en los siguientes principios: un mundo sin miseria; fomento de la salud y lucha contra el VIH/SIDA; crecimiento sostenido y generalizado; mejorar la situación de África; solidaridad mundial y medio ambiente. Ver Anexo 3.

Ante tales propósitos, las Naciones Unidas (ONU) con la participación de 192 países preocupados por el desarrollo social de los pueblos, aprueban el 6 de septiembre del año 2000 la “*Declaración de Milenio*”, con el fin de impulsar un verdadero desarrollo a nivel mundial.

La aplicación de esta *Declaración*, incorporó objetivos y metas para combatir la pobreza extrema, disminuir las enfermedades, combatir el hambre, reducir el nivel de analfabetismo y proteger el medio Ambiente; éstos fueron identificados como los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM).<sup>52</sup>

### **1.1.3. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)**

Durante la “*Declaración del Milenio*” celebrada en el año 2000 en la ciudad de Nueva York, los gobiernos y representantes de los países miembros de las Naciones Unidas, firman el compromiso de cumplir con los ODM. Ver Anexo 4

---

<sup>51</sup> El término **Fatiga de la ayuda** se refiere a: “*el cansancio y decepción respecto a la ayuda internacional al desarrollo por parte de sus donantes, en particular los públicos, que justificaría la disminución de aquélla*”. En: Dubois Alfonso. *La fatiga de la cooperación*. Internet: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/98>. Acceso: (10 de Junio de 2011).

<sup>52</sup> Naciones Unidas- Centro de Información. *Aplicación de la Declaración del Milenio*. Internet. <http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/ObjetivosDesarrollo/ODM.htm>. Acceso: (11 de Junio de 2011).

Este proyecto, nace con el propósito de establecer 8 objetivos y 21 metas cuantificables con plazos definidos para reducir la pobreza, reducir la mortalidad infantil y materna; mejorar el acceso a la educación y a la salud, entre otros objetivos.

En este sentido, según Evelyn Flores; “*para el sistema político internacional, los ODM representan la piedra angular en la que se basa la política de desarrollo.*”<sup>53</sup> Ya que desde su creación en el año 2000, este proyecto, a través de sus propósitos pretende abarcar los principales problemas y necesidades de la población más desfavorecida en el mundo.

Sin embargo, esta intención, ha trazado sus propósitos de manera general, sin considerar la especificidad económica y social de cada región y país<sup>54</sup>. Consecuentemente, los avances son desiguales y varios estados en el mundo no podrán alcanzar las metas hasta el año 2015, fecha límite para el logro de estos 8 objetivos.

Además, varios países subdesarrollados, no cuentan con el financiamiento y recursos necesarios para generar políticas económicas y sociales adecuadas para la consecución de este proyecto.

Según, el Informe 2008 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas: el logro más importante de los ODM hasta esa fecha ha sido la participación de: a) la sociedad civil, b) los países en desarrollo, c) países con menores niveles de desarrollo, d) la Comunidad Internacional, e) ONG´s de los países en desarrollo y f) el sector privado.<sup>55</sup>

Uno, de los principales desafíos del proyecto de los objetivos de desarrollo del milenio, tiene que ver con, la reducción de la pobreza extrema y el hambre en el mundo; para ello el **Objetivo 1** tiene como meta principal: entre los años 1990 y 2015 reducir a la mitad, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean menores a 1 dólar diario.

---

<sup>53</sup>Evelyn Flores. Tesis *El Funcionamiento de los Organismos Internacionales en el entorno mundial actual. La Organización de Naciones Unidas, en el Proyecto de los Objetivos del Milenio y su aplicación en el Ecuador*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Sociología y Ciencias Políticas. Pág. 72

<sup>54</sup>Zurbriggen Cristina. *La nueva Agenda del Desarrollo*. Internet. <http://www.ciudadania20.org/sites/default/files/Zurbriggen.pdf>. Acceso: (3 de Agosto de 2011).

<sup>55</sup>Naciones Unidas. *Objetivos de Desarrollo del Milenio- Informe 2008*. Internet. [http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG\\_Report\\_2008\\_SPANISH.pdf](http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2008_SPANISH.pdf). Acceso: (3 de Agosto de 2011).

Según, el Informe de los ODM del PNUD; “*las tasas globales de pobreza se redujeron de un 46% en el año de 1997 a un 27% en el 2005 en las regiones en desarrollo*”.<sup>56</sup> Estas tendencias, de reducción de la pobreza, según el mencionado informe, permitirían que para el año 2015, la tasa de pobreza quede por debajo del 15% en las regiones en desarrollo.

Todo esto, indicaría que se habría cumplido con el objetivo referente a la reducción de la pobreza extrema a la mitad hasta el año 2015.

Sin embargo, según Paula San Pedro, Investigadora Junior del Programa de Acción Humanitaria y Desarrollo de la Fundación para las Relaciones Internacionales y el Diálogo Exterior (FRIDE), “*el objetivo general de “reducir la extrema pobreza a la mitad” incurre en la pregunta de qué pasa con la otra mitad, y por tanto, qué pasará después del 2015*”<sup>57</sup>; de acuerdo, con la misma autora, hasta el momento no se ha formulado una estrategia de desarrollo para hacer frente a la otra mitad.

De manera similar, los avances referentes a la meta 8B que trata sobre “*una asistencia oficial para el desarrollo (AOD) más generosa a los países que hayan expresado su determinación de reducir la pobreza*”<sup>58</sup>, no han tenido un avance significativo.

De acuerdo, con el Informe sobre los Resultados de la Alianza Mundial para alcanzar los Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas 2008; las naciones desarrolladas en la *Declaración del Milenio*, se comprometieron a alcanzar la meta del 0.7% del PIB para la *asistencia oficial para el desarrollo* y lograr los ODM.

---

<sup>56</sup> Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2011*. Internet.

[http://www.beta.undp.org/undp/es/home/mdgoverview/mdg\\_goals/mdg1.html](http://www.beta.undp.org/undp/es/home/mdgoverview/mdg_goals/mdg1.html). Acceso: (3 de Agosto de 2011).

<sup>57</sup> San Pedro, Paula. *Objetivos del Milenio ¿Avance o retroceso para el desarrollo?* Internet. <http://www.fride.org/publicacion/32/objetivos-del-milenio,-%C2%BFavance-o-retroceso-para-el-desarrollo>. Acceso: (4 de Agosto 2011).

<sup>58</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe: “Resultados de la Alianza Mundial para alcanzar los Objetivos del Milenio”*. Internet. <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=i-d--54758-&volver=1>. Acceso: (18 de Agosto de 2011). Página 21

No obstante, en el año 2007 las tendencias oficiales al desarrollo de los países miembros del CAD fueron insuficientes, solo Estados como Dinamarca, Luxemburgo, Suecia y los Países Bajos canalizaron el 0.7% de su PIB hacia la AOD.<sup>59</sup>

En este sentido, según José Antonio Sanahuja; el objetivo 8 de los ODM, está ligado a la “**selectividad de la ayuda**”, pues claramente en la **meta 8b**, los países desarrollados condicionan dar su ayuda económica a las naciones pobres que *generen mayor determinación a reducir la pobreza*.

Esta situación, ha permitido que los donantes reduzcan su ayuda con la excusa de que los estados benefactores no han desarrollado políticas adecuadas para reducir la indigencia en cada uno de sus territorios.<sup>60</sup>

En conclusión, según los indicadores antes mencionados, el impacto de los ODM en la erradicación de la pobreza y del hambre a nivel mundial han sido mínimos, ya que, desde su formulación, no se ha considerado el problema central de la indigencia, que es la inequidad social.<sup>61</sup>

Por esta situación, después de la Declaración del Milenio, fue necesario que se planteen nuevos acuerdos para la asignación de recursos necesarios para la consecución de los ODM y aumento de la eficacia de la AOD.

Uno de ellos, ocurre en el año 2002, cuando se establece el “Consenso de Monterrey”, con el propósito de: a) aumentar la ayuda oficial al desarrollo de los donantes y b) plantear nuevas fuentes de recursos para el desarrollo como fueron: “*los impuestos globales, los*

---

<sup>59</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe: “Resultados de la Alianza Mundial para alcanzar los Objetivos del Milenio”*. Internet. <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=i-d--54758-&volver=1>. Acceso: (18 de Agosto de 2011). Página 21

<sup>60</sup> Sanahuja José Antonio. *¿Más y mejor ayuda?: la Declaración de París y las tendencias en la cooperación al desarrollo*. Internet. <http://www.ceipaz.org/images/contenido/4-sanahuja.pdf>. Acceso: (18 de Agosto de 2011). Acceso: (18 de Agosto de 2011). Página 9.

<sup>61</sup> Evelyn Flores. Tesis *El Funcionamiento de los Organismos Internacionales en el entorno mundial actual. La Organización de Naciones Unidas, en el Proyecto de los Objetivos del Milenio y su aplicación en el Ecuador*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Sociología y Ciencias Políticas. Pág. 72

*gravámenes sobre los impuestos de carbono y el uso activo de reservas de los organismos financieros internacionales.*<sup>62</sup>

No obstante, lo único que se logró en esta reunión, es reafirmar el *objetivo del 0.7% del PIB de los donantes para la ayuda*, sin establecer una fecha límite para su cumplimiento.

Cabe mencionar que, a pesar de que, no se obtuvieron mayores resultados de esta cumbre mundial, los donantes se comprometieron a *armonizar sus procedimientos operacionales*<sup>63</sup> a fin de que los países benefactores tengan mejores capacidades de absorción de la ayuda.

Con esta visión en el año 2003, se efectúa la Declaración de Roma sobre la Armonización.

Esta Declaración, fue definida en una reunión convocada por el CAD en el año 2003, con la participación de los países donantes y las naciones beneficiarios de la ayuda, quienes propusieron la armonización y coordinación de las políticas, procedimientos y prácticas operacionales de los estados donantes para aumentar la eficacia de la ayuda; pretendiendo con ello, lograr la consecución de los ODM.<sup>64</sup>

Las conclusiones de Roma, dieron lugar dos años más tarde a la Declaración de París, basada en los principios de Armonización, Apropiación, Alineamiento y Gestión Orientada a Resultados. Ver Anexo 5

#### **1.1.4 Declaración de París (DP)**

La “*Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda*” realizada en el año 2005, fue suscrita por 90 países y 27 instituciones. Tiene como objetivo principal, mejorar y aumentar la eficacia de la ayuda al desarrollo, mediante los siguientes compromisos:

---

<sup>62</sup> Sanahuja José Antonio. *¿Más y mejor ayuda?: la Declaración de París y las tendencias en la cooperación al desarrollo*. Internet. <http://www.ceipaz.org/images/contenido/4-sanahuja.pdf> . Acceso: (10 de Septiembre de 2011). Página 12.

<sup>63</sup> *Ibíd.* Página 23.

<sup>64</sup> Secretaria de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo *.Declaración de Roma- Sobre la Armonización*. Internet. <http://190.166.45.252:8080/jspui/handle/123456789/277>. Acceso: (18 de Septiembre de 2011).

- “Reforzar las estrategias de desarrollo nacional de los países socios (receptores)”.
- “Intensificar las obligaciones mutuas de los donantes y los países asociados, hacia resultados en términos de desarrollo”.
- “eliminar la duplicación de esfuerzos y racionalizar las actividades de los donantes para lograr el máximo rendimiento, definir medidas y estándares de desempeño y responsabilidad.”<sup>65</sup>

Los compromisos de la DP, pretenden solucionar la escasa capacidad institucional de los países socios (beneficiarios) con la aplicación de estrategias orientadas a resultados. A su vez, procura fortalecer la integración entre beneficiarios y donantes para la creación de programas e iniciativas mundiales a favor del desarrollo y especialmente dar solución a la escasa responsabilidad de los países miembros del CAD sobre los flujos de ayuda.

#### **1.1.4.1 Principios de la Declaración de París**

Los principios de la DP, reflejan un cambio de orientación de la cooperación internacional para el desarrollo, ya que, este Instrumento Internacional compromete a los países donantes y a los países beneficiarios, a maximizar la eficacia de la ayuda.

Sin embargo para José Antonio Sanahuja, en la DP existen importantes riesgos para la ayuda como son:

- La *Centralidad del Estado*: de acuerdo, con este autor, la “*Declaración de París sitúa a los donantes en una relación centralizada y exclusiva con los estados.*”<sup>66</sup> Esta situación, disminuye la participación de la sociedad civil y refleja una visión limitante del desarrollo y de la gobernanza democrática.

---

<sup>65</sup> Coordinadora de ONG para el Desarrollo-España (CONGDE). *AOD Hoy Discurso y realidad*. Internet. [http://autonomicas.congde.org/documentos/222\\_1.pdf](http://autonomicas.congde.org/documentos/222_1.pdf). Acceso: (18 de Septiembre de 2011). Página 43.

<sup>66</sup> Sanahuja José Antonio *¿Más y mejor ayuda?: la Declaración de París y las tendencias en la cooperación al desarrollo*. Internet. <http://www.ceipaz.org/images/contenido/4-sanahuja.pdf>. Acceso: (14 de Agosto de 2011). Página 30.

A partir, de la Declaración de París, se llevan a cabo, otras cumbres mundiales para generar una nueva arquitectura financiera, que dé solución a los problemas financieros que limitan el incremento y calidad de la AOD. Es el caso de cumbre de los líderes del G8 en la ciudad de **Gleneagles, Escocia** en el año 2005. En esta reunión, se abordaron temas referentes al desarrollo como son: la Deuda Externa y la AOD.

El tema sobre la deuda externa, consistió en condonar el endeudamiento de los 18 países más pobres del mundo con varios prestamistas internacionales.<sup>67</sup> Esta absolución, se efectivizaba si los recursos obtenidos del alivio de las obligaciones, se predestinan al desarrollo de las naciones deudores.

Más tarde, en el año 2008, durante la **Declaración de Doha** - Qatar, se reafirman los acuerdos de la *Cumbre de Monterrey* y se concluye que: *“los compromisos deben responder a las necesidades y preocupaciones de las naciones, ricas y pobres, Norte y Sur.”*<sup>68</sup>

Con esto, se pretende impulsar el desarrollo humano con el mejoramiento de la calidad de la ayuda, es decir, lograr que los países miembros del CAD reafirmen su compromiso del 0.7% de PIB para la AOD y orienten los flujos de la ayuda de manera equitativa a todos los países menos desarrollados del mundo.<sup>69</sup>

## 1.2. TENDENCIAS Y FLUJOS EN LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Durante, los años 90, los recursos de la AOD global pasan del 0.33% del INB de los donantes del CAD, al 0.22% en el año 2000. La cifra del 0.22% del porcentaje de INB se mantuvo hasta el año 2001. Pero, a partir de la Cumbre de Monterrey que se llevó a cabo en

---

<sup>67</sup> Sistema Económico Latinoamericano (SELA). *La Cumbre de Gleneagles del G-8, las reuniones conjuntas del FMI y el Banco Mundial y la condonación de parte de la deuda externa de algunos países de América Latina y el Caribe*. Internet. <http://www.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2007/00150.pdf>. Acceso: (7 de Septiembre de 2011).

<sup>68</sup> Centro de Noticias de las Naciones Unidas. *Concluye reunión de Doha con compromiso de fortalecer participación de países en desarrollo*. Internet. <http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?NewsID=14249>. Acceso: (27 de Agosto de 2011).

<sup>69</sup> Red Latinoamericana sobre Deuda, Desarrollo y Derechos. *Aporte para el seguimiento de la Conferencia de Monterrey- Doha 2008*. Internet. [http://www.obela.org/system/files/Latindadd\\_Aportes-Conferencia\\_Doha\\_v081124esp.pdf](http://www.obela.org/system/files/Latindadd_Aportes-Conferencia_Doha_v081124esp.pdf). Acceso: (14 de Septiembre de 2011). Página 2.

el año 2002, el porcentaje de la ayuda de los donantes tuvo un nuevo aumento, que paso del 0.23% en el 2002 al 0.25% en el 2004.<sup>70</sup>

Para el año 2005, la AOD alcanzó el 0.33% obteniendo 106.5 millones para la ayuda. Este incremento, corresponde a los acuerdos obtenidos por la comunidad internacional durante la Cumbre de Monterrey en el año 2002 y a la Condonación de la Deuda del grupo del G8 en la reunión de **Gleneagles, Escocia**.

Según, José Antonio Sanahuja: *“El aumento de la AOD en el año 2005 se debió principalmente a operaciones excepcionales de alivio de la deuda, en especial las aplicadas para Irak y Nigeria, así como al aumento de la ayuda de emergencia motivado por el Tsunami asiático de diciembre de 2005.”*<sup>71</sup>

Durante, el año 2006, las cifras de la AOD alcanzaron el 0.30% del INB de los donantes, una cifra inferior a la del año anterior. El descenso se debe a que, durante este año: *“se descuentan las operaciones de cancelación de deuda realizadas en 2005.”*<sup>72</sup>

Situación similar ocurrió en el año 2007, con una disminución de la AOD al 0,27% del PIB, como consecuencia de la reducción del alivio de la deuda hacia Irak y Nigeria. Finalmente, para finales del año 2008 la AOD global alcanzó los 120.000 millones de dólares, por lo que el CAD calificó dicho período como el mejor en cuanto a volumen de la ayuda desde 1990.<sup>73</sup> Ver Anexo 6.

**Principales donantes de la AOD:** Según, el Informe de Cooperación internacional No Reembolsable en el Ecuador período 2007-2009 de la Agencia Ecuatoriana de Cooperación

---

<sup>70</sup> El incremento producido en la AOD durante el 2004 se debe a que cada uno de los miembros del CAD incrementaron su AOD a un 13.7%.

<sup>71</sup> Sanahuja José Antonio *¿Más y mejor ayuda?: la Declaración de París y las tendencias en la cooperación al desarrollo*. Internet. <http://www.ceipaz.org/images/contenido/4-sanahuja.pdf> . Acceso: (13 de Septiembre de 2011). Página 13.

<sup>72</sup> Olivé Iliana. *UN BALANCE DE LA AYUDA AL DESARROLLO 2006: ¿DISMINUYE LA AYUDA?* Internet. <http://www.almendron.com/tribuna/15610/un-balance-de-la-ayuda-al-desarrollo-2006-%C2%BFdisminuye-la-ayuda/>. Acceso: (10 de Septiembre de 2011).

<sup>73</sup> Secretaria General Iberoamérica (SEGIB) *Informe de la Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica 2009*, Madrid, Estudios SEGIB N<sup>o</sup>4, 2009. Página 15.

Internacional (AGECI) hoy la Secretaria Técnica de Cooperación Internacional (SETECI); el total de la cooperación oficial para el desarrollo durante el período de 1998 al 2008 fue de 1.003.964.3 millones de dólares.

La procedencia continental, de estas donaciones fue principalmente de Europa con un 47.5%, América del Norte con un 22.0%; Instituciones Multilaterales con un 15.5%; Asia con un 13.2% y Oceanía con un 1.8%.<sup>74</sup>

En relación, a los principales donantes individuales de la CID, para el período de 1998-2008; el primer cooperador para la AOD ha sido Estados Unidos, esencialmente por la condonación de la deuda externa de Irak en el año 2005; y por una participación total de 199.388,6 millones de dólares durante este mismo período.

Le sigue Japón por sus contribuciones para las víctimas del Tsunami en el Océano Índico y al alivio de la deuda en Irak, con una participación total de 132.128,3 millones de dólares, y en tercer lugar se ubica la Comisión Europea con 103.719,6 millones de dólares del total.

En este contexto, es importante reconocer que, a pesar de que los 22 países miembros del CAD se comprometieron en el año 2002 en la Cumbre de Monterrey a suministrar mayores recursos para la AOD, solamente 5 de ellos: Noruega, Luxemburgo, Suecia, Países Bajos y Dinamarca han logrado cumplir con la meta del 0.7% del PIB hasta el año 2007.<sup>75</sup>

En este contexto, José Antonio Sanahuja señala que: el problema de la fragmentación de la ayuda en los últimos años, también se debe al creciente número de donantes, más que, a la falta de recursos, ya que, según este escritor, este escenario genera *“elevados costes de transacción, ayuda condicionada a todo tipo de intereses del donante, volatilidad de la ayuda y ausencia de responsabilidad y rendición de cuentas del donante.”*<sup>76</sup>

---

<sup>74</sup> Agencia Ecuatoriana de Cooperación internacional (AGECI). *Informe de Cooperación internacional No Reembolsable en el Ecuador 2007-2009*, Quito, Graphus, Prime Edición, 2010. Página 19.

<sup>75</sup> *Ibíd.* Página 20.

<sup>76</sup> Sanahuja José Antonio *¿Más y mejor ayuda?: la Declaración de París y las tendencias en la cooperación al desarrollo*. Internet. <http://www.ceipaz.org/images/contenido/4-sanahuja.pdf>. Acceso: (13 de Agosto de 2011). Página 18.

Finalmente, para el año 2008, los principales donantes de la AOD miembros del CAD fueron los Estados Unidos con un aporte de \$26.9 mil millones, debido al aumento de programas del gobierno de los Estados Unidos referentes al sector de la salud, a la ayuda humanitaria y al desarrollo económico.<sup>77</sup>

Le sigue Japón con \$17.4 mil millones, Alemania con \$15.9 mil millones, Francia con 12.4 mil millones y Reino Unido con \$11.8 mil millones para la AOD.<sup>78</sup> Ver Anexo 7.

### Principales Destinos de la AOD

A partir de los años 70, el enfoque de Cooperación internacional dirige los flujos de la ayuda hacia la satisfacción de las necesidades básicas. Esta tendencia, direcciona a que la AOD sea destinada prioritariamente a los programas de desarrollo rural, a la salud, educación y dotación de agua potable en los países más pobres.<sup>79</sup>

Por esta situación, la principal receptora de la ayuda durante los años 70 fue la región de Asia, concentrando en este periodo el 50% del total de la AOD.

Es necesario, mencionar que, durante los años 70 y los años 80, los países de la OCDE tienen mayor tendencia a canalizar su AOD por medio de las agencias bilaterales de cada país donante, y en menor proporción por medio de las vías multilaterales, de las cuales, podemos mencionar al Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, Bancos Regionales

---

<sup>77</sup> Embajada de los Estados Unidos en Uruguay. *Ayuda de Estados Unidos para el desarrollo aumenta en todo el mundo.* Internet. <http://archives.uruguay.usembassy.gov/usaweb/2009/09-113ES.shtml>. Acceso: (13 de Agosto de 2011).

<sup>78</sup> Directorio de Cooperación Internacional para la Sociedad Civil. *Cooperación internacional y Filantropía: actores, mapeos de comportamientos y estadísticas.* Internet. <http://es.scribd.com/doc/40172803/Directorio-de-Cooperacion-Internacional-para-la-SOCIEDAD-CIVIL>. Acceso: (15 de Julio de 2011)\_ Página103.

<sup>79</sup> Según las **agencias bilaterales Nórdicas y Holandesa**: “La cooperación debía destinarse a aquellos países que realmente emprendían políticas dirigidas a todos los grupos sociales y particularmente a los sectores pobres, de manera que se priorizara la ayuda hacia aquellos países que ofrecían mayores garantías para hacer eficaces las políticas de cooperación de cara a la lucha contra la pobreza.” En Gasteiz Vitoria. *LA FINANCIACIÓN DEL DESARROLLO Flujos Privados y Ayuda Oficial al Desarrollo.* Internet. [http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0034/La\\_financiacion\\_del\\_desarrollo\\_manual\\_3\\_castellano.pdf](http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0034/La_financiacion_del_desarrollo_manual_3_castellano.pdf). Acceso: (17 de Septiembre de 2011) Página15.

de Desarrollo, Canales de la Unión Europea y Agencias Especializadas de las Naciones Unidas.<sup>80</sup>

En la década de los años 90, los donantes de la Cooperación internacional tienen la propensión a asignar los flujos de la AOD, a los países beneficiarios que cumplan con los siguientes requerimientos: Ejercicio de la Democracia, Respeto a los Derechos Humanos, Estabilidad Política (Buen Gobierno); y Adopción de los Programas Económicos del Banco Mundial (BM) y del Fondo Monetario Internacional (FMI).

Desde el año 2000, a partir de la Declaración del Milenio y el nuevo enfoque de Desarrollo Humano, los flujos de la AOD son dirigidos hacia la lucha contra la pobreza extrema y a la consecución de los objetivos de Milenio (ODM). Para definir estas nuevas tendencias de cooperación internacional, los países miembros del CAD, han empleado el indicador de renta *per cápita*. Según el Banco Mundial, los países se dividen en cuatro categorías según su nivel de renta.<sup>81</sup>

Entre el año 2002 y 2004, los principales receptores de la AOD fueron: Asia y África con un porcentaje del 67% del total de la ayuda. América Latina solamente recibió el 9% de esta.<sup>82</sup>

El descenso de la AOD, hacia la región de América Latina y el Caribe a partir de la década 90, ha sido consecuencia del empleo del *indicador per cápita* por parte de los miembros del CAD para estimar la riqueza económica de un país.

Esta situación, ha generado que, América Latina y el Caribe sean consideradas como una región de países de renta media, muy por encima de África y de Asia, sin tomar en cuenta que, es la zona más desigual y polarizada del mundo.

---

<sup>80</sup> David Sogge. *Dar y tomar: ¿Qué sucede con la ayuda internacional?* Barcelona, Icaria Editorial, s.a. 2002. Página 99.

<sup>81</sup> De acuerdo con el **Banco Mundial (BM)**, las naciones se dividen en cuatro categorías: “países con bajos niveles de ingresos, US\$975 o menos; países con niveles de renta media baja, US\$976 a US\$3.855; países de renta media alta, US\$3.856 a US\$11.905; y países de altos niveles de renta, US\$11.906 o más.” En: Datos del Banco Mundial. *Clasificación de países*. Internet. <http://datos.bancomundial.org/quienes-somos/clasificacion-paises>. Acceso: (23 de Junio de 2011).

<sup>82</sup> Instituto Ecuatoriano de Cooperación Internacional. Ministerio de Relaciones Exteriores. *Cooperación para el Desarrollo Ecuador 2005*. Quito, LIDAR Diseño e impresión. Página 25.

Continuando, con el análisis, en el año 2005, la AOD alcanzó el 0.33% y se dirigió a programas de desarrollo, alivio de la deuda, ayuda de emergencia y a gastos administrativos de los donantes.<sup>83</sup> Para el año 2006, la ayuda se destinó a través de canales multilaterales.

En este contexto, según el Informe de Cooperación No Reembolsable en el Ecuador 2007-2009: “se mantuvo la tendencia al aumento de las contribuciones por parte de los países donantes para organismos multilaterales. Puesto que entre el 2005 y el 2006, la cooperación bilateral ha bajado en volumen, mientras la contribución de organismos multilaterales ha aumentado.”<sup>84</sup>

Así, durante el año 2006, una gran parte de los flujos de la ayuda fue dirigida hacia el Fondo Global contra el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria. En el año 2007, los recursos de la AOD se orientaron hacia las zonas de conflicto mundiales, como fueron a los países de Irak y Afganistán. En este sentido, América Latina solamente recibió 2.862 millones de dólares.<sup>85</sup>

Para concluir, con el panorama general sobre las tendencias de la ayuda oficial al desarrollo, en el año 2008, la AOD de los miembros del CAD fue de 119.8 billones de dólares, lo que equivale al 0.30% del INB de los países miembros.

Según el Directorio de Cooperación internacional- Red Argentina para la Cooperación internacional RACI (2010): en el año 2008 el continente que mayor cooperación obtuvo fue Asia, con \$28.910 millones de dólares, le sigue África con \$27.209 millones, Medio Oriente con \$13.122 millones y finalmente se encuentra América Latina y el Caribe que recibió 6.906 millones, la misma que ubica a esta región en último lugar de receptores de los flujos de la AOD.<sup>86</sup> Ver Anexo 8.

---

<sup>83</sup> Sanahuja José Antonio *¿Más y mejor ayuda?: la Declaración de París y las tendencias en la cooperación al desarrollo*. Internet. <http://www.ceipaz.org/images/contenido/4-sanahuja.pdf>. Acceso: (12 de Agosto de 2011). Página 84.

<sup>84</sup> Agencia Ecuatoriana de Cooperación internacional (AGECI). *Informe de Cooperación internacional No Reembolsable en el Ecuador 2007-2009*, Quito, Graphus, Primera Edición, 2010. Página 17.

<sup>85</sup> *Ibíd.* Página 17

<sup>86</sup> Directorio de Cooperación Internacional para la Sociedad Civil. *Cooperación internacional y Filantropía: actores, mapeos de comportamientos y estadísticas*. Internet. <http://es.scribd.com/doc/40172803/Directorio-de-Cooperacion-Internacional-para-la-SOCIEDAD-CIVIL>. Acceso: (8 de Octubre de 2011). Página 97.

Además, durante este período, los flujos de la AOD se dirigieron hacia: infraestructura social y servicios (salud, educación; gobierno y sociedad civil; agua y saneamiento); sectores de la producción (agricultura, silvicultura y pesca); actividades relacionadas con la deuda; ayuda alimentaria y ayuda humanitaria; costos administrativos de los donantes y apoyo a los refugiados y organizaciones no gubernamentales.<sup>87</sup>

### **1.2.1. Cooperación Financiera Reembolsable**

Es entendida, como programas de microcréditos y préstamos concesionales para apoyar a los países en desarrollo con el fin de financiar proyectos, dotación de servicios, compra de infraestructuras, y fomentar la capacidad productiva de cada estado receptor.<sup>88</sup>

La cooperación reembolsable, ha sido criticada en muchos casos, debido a la condicionalidad en la compra de bienes y servicios de los países donantes, dando lugar a la “Ayuda ligada”.

Según la Coordinadora de la ONG para el Desarrollo-España (CONGDE), para el año 2006, la ayuda ligada en términos mundiales alcanzó el 20% del total de la AOD mundial, y cita como ejemplos el caso de Estados Unidos, cuya ayuda atada represento el 70% del total de su AOD durante el 2006; de manera similar pero en menor proporción, lo tuvo la AOD Española en el año 2003 con un 42% de ayuda ligada.<sup>89</sup>

### **1.2.2. Cooperación no Reembolsable: por fuente y tipo de asistencia**

La cooperación no reembolsable, según la definición de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), es:

---

<sup>87</sup> Directorio de Cooperación Internacional para la Sociedad Civil. *Cooperación internacional y Filantropía: actores, mapeos de comportamientos y estadísticas*. Internet. <http://es.scribd.com/doc/40172803/Directorio-de-Cooperacion-Internacional-para-la-SOCIEDAD-CIVIL>. Acceso: (8 de Octubre de 2011). Página 97.

<sup>88</sup> Agencia de Cooperación internacional del Japón. *Cooperación Financiera Reembolsable*. Internet. <http://www.jica.go.jp/elsalvador/espanol/activities/activity03.html>. Acceso: (23 de Octubre de 2011).

<sup>89</sup> Coordinadora de ONG para el Desarrollo-España (CONGDE). *AOD Hoy Discurso y realidad*. Internet. [http://autonomicas.congde.org/documentos/222\\_1.pdf](http://autonomicas.congde.org/documentos/222_1.pdf). Acceso: (23 de Octubre de 2011). Página 45

*“Una forma de prestar asistencia financiera a los países en vías de desarrollo, sin obligación de reembolso; provee fondos para construir escuelas, hospitales y otras instalaciones, así como para suministrar equipos y materiales de enseñanza y capacitación, o equipos o materiales médicos, y también para el apoyo a la reconstrucción de zonas afectas por desastres naturales.”<sup>90</sup>*

También, incluye las transferencias en efectivo de bienes o servicios con los cuales el beneficiario no obtiene ninguna deuda legal. Esta modalidad, puede ser a través de la cooperación bilateral, multilateral y ONGs. Ver Anexo 9.

**Cooperación Bilateral:** Se efectúa entre gobiernos, desde una fuente internacional o un país desarrollado, hacia un subdesarrollado, para generar programas o proyectos que beneficien a instituciones o grupos vulnerables de dicho país. En los últimos años, la cooperación bilateral abarcó el 70% de financiación al desarrollo.<sup>91</sup>

La crítica principal a la ayuda bilateral, es que, responde a los intereses propios de los donantes, ya sea de tipo económico o geoestratégico, como es el caso del aumento de la AOD neta destinada hacia Irak y Afganistán a partir del año 2003, fecha que, coincide con el inicio de la guerra de Irak.<sup>92</sup> Ver anexo 10.

**Cooperación Multilateral:** En la cooperación multilateral<sup>93</sup>, los estados canalizan sus fondos de ayuda hacia las Organizaciones Multilaterales, para que, estas a su vez, se encarguen de redirigir los recursos hacia el desarrollo de cada país receptor.<sup>94</sup>

---

<sup>90</sup> Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA). *Cooperación Financiera No Reembolsable*. Internet. <http://www.jica-bo.org/schemes/grantaid.php>. Acceso: (4 de Octubre de 2011).

<sup>91</sup> Dubois Alfonso. *LA FINANCIACIÓN DEL DESARROLLO Flujos Privados y Ayuda Oficial al Desarrollo*. Internet.

[http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0034/La\\_financiacion\\_del\\_desarrollo.\\_manual\\_3.\\_castellan\\_o.pdf](http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0034/La_financiacion_del_desarrollo._manual_3._castellan_o.pdf). Acceso: (20 de Octubre de 2011) Pagina 50.

<sup>92</sup> Secretaria General Iberoamérica (SEGIB) *Informe de la Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica*. Madrid, Estudios SEGIB N°2, 2007. Página 22.

<sup>93</sup> Cooperación Multilateral. La mayor ventaja de la Cooperación Multilateral es que no incluye mayores costos de transacción y no depende de la voluntad de un solo estado.

<sup>94</sup> Diccionario de Acción humanitaria y Cooperación al Desarrollo. *Cooperación Bilateral y multilateral*. Internet. <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrat/41>. Acceso: (16 de Octubre de 2011).

Según, el Reporte de la OCDE; durante las dos últimas décadas, la AOD multilateral ha aumentado en un 50% en términos reales, esta situación demuestra que, los países donantes ven a estas organizaciones como concededoras neutrales y generalmente actoras del desarrollo, puesto que, los miembros del CAD, consideran que, permiten garantizar la neutralidad política de la ayuda y la provisión de bienes públicos<sup>95</sup>.

Por lo tanto, la AOD multilateral para el año 2008, alcanzó los 119.8 miles de millones de dólares, de los cuales, el 71% se ejecutó por vía bilateral y el 29% por vía multilateral. El 29% fue correspondiente a una cantidad de 34,572\$ millones de la AOD total.<sup>96</sup>

### **1.2.3. Asistencia oficial al desarrollo para América Latina y el Caribe**

*“Desde la creación, en 1960, del Comité de Ayuda al Desarrollo, de la OCDE, los países de América Latina y el Caribe (ALC) han recibido un desembolso neto de ayuda oficial al desarrollo (AOD) de algo más de 304 mil millones de dólares, lo que equivale a un exiguo 0.48% del PIB generado conjuntamente por estas economías en ese mismo periodo. No obstante, la participación de ALC en el sistema de AOD ha sufrido una alteración formidable a lo largo del tiempo: si la región percibía, en promedio, 12.7% de las ayudas mundiales en la década de los sesenta, esta cuota ha menguado drásticamente en el siglo XXI hasta posicionarse por debajo de 8%.”<sup>97</sup>*

---

<sup>95</sup> Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *2008 DAC Report on Multilateral Aid*. Internet. <http://www.oecd.org/dataoecd/59/11/42901553.pdf>. Acceso: (16 de Octubre 2011).

<sup>96</sup> Definiciones y datos básicos. Internet. *Cooperación Internacional para el Desarrollo*. Internet. [http://ocw.unican.es/ciencias-sociales-y-juridicas/integracion-economica-europea/material-de-clase-1/modulo-7/7.1-definiciones-previas-y-datos-basicos/skinless\\_view](http://ocw.unican.es/ciencias-sociales-y-juridicas/integracion-economica-europea/material-de-clase-1/modulo-7/7.1-definiciones-previas-y-datos-basicos/skinless_view). Acceso: (16 de Octubre de 2011).

<sup>97</sup> Tezanos Sergio Vázquez y Aitor Martínez de la Cueva Astigarraga. *América Latina y El Caribe: Ayuda Oficial al Desarrollo en el punto de inflexión del milenio*. Internet: <http://www.ejournal.unam.mx/pde/pde162/PDE004116202.pdf>. Acceso: (18 de Octubre de 2011) Página 33.

En efecto, durante el año de 1990, la AOD para América Latina fue de 11.8% del total de la AOD Mundial, y para el 2007 la asistencia para la región alcanzó solamente el 7% del total.<sup>98</sup> Ver Anexo 11.

Según, los datos de Agencia Ecuatoriana de Cooperación internacional (AGECI), la disminución del porcentaje de la AOD dirigida a la región se debe a las nuevas prioridades de los donantes de dirigir los flujos hacia países con mayores índices de pobreza y no hacia los estados con niveles de renta media.

Por esta razón, en las últimas décadas la cooperación internacional ha encaminado los recursos de la ayuda hacia los países de África Sub Sahariana y a otras regiones del mundo considerados por los miembros del CAD y el Banco Mundial como Países de Renta Baja (PRB) y Países de Renta media Baja.<sup>99</sup> Ver Anexo 11.

Según Federico Negrón: *“América Latina es la región con el mayor porcentaje de países incluidos en la categoría PRM. De los 27 países latinoamericanos, 26 se ubican en la categoría de renta media y solo Haití se encuentra incluido en la categoría de país de renta baja”*.<sup>100</sup>

Este escenario, según el mismo autor, hace que América Latina y el Caribe sea considerada como una región de países de renta media. En tal sentido, el Banco Mundial ha considerado provechoso clasificar a esta categoría en dos componentes: países de renta media alta y países de renta media baja; sin embargo:

*“Se aprecia una gran diferencia entre países de renta media-alta como México, Chile o Venezuela, con un PNB per cápita superior a US\$ 6.000 y países de renta media- baja como*

---

<sup>98</sup> Tezanos Sergio Vázquez y Aitor Martínez de la Cueva Astigarraga. *América Latina y El Caribe: Ayuda Oficial al Desarrollo en el punto de inflexión del milenio*. Internet: <http://www.ejournal.unam.mx/pde/pde162/PDE004116202.pdf>. Acceso: (18 de Octubre de 2011) Página 35.

<sup>99</sup> Agencia Ecuatoriana de Cooperación internacional (AGECI). *Informe de Cooperación internacional No Reembolsable en el Ecuador 2007-2009*, Quito, Graphus, Primera Edición, 2010. Página 10.

<sup>100</sup> Negrón Federico *La Ayuda Oficial para el Desarrollo y los Países de Renta Media en el contexto Latinoamericano*. (2009). Internet. [http://www.realityofaid.org/userfiles/roareports/roareport\\_87f8015851.pdf](http://www.realityofaid.org/userfiles/roareports/roareport_87f8015851.pdf). Acceso: (4 de Octubre de 2011) Página 57.

*Honduras, Bolivia, Cuba y Nicaragua cuyo PNB per cápita no llega a superar los US\$ 1.000, condición que los asemeja más a países de renta baja que a países de renta media.*<sup>101</sup>

A pesar de, esta información; ningún país de América Latina consta en la lista de los 10 principales receptores de la AOD, solamente Haití ha sido ubicado en la lista de los Países Menos Adelantados (PMA) por su indicador de renta *per cápita*.

Según los datos de la Fundación Carolina (CeALCI), la AOD dirigida hacia los países de América Latina y el Caribe en el último decenio se redujo, generando que la asistencia en el año 2007 sea solo del 8% del total mundial. Esta realidad, claramente refleja cómo la región ha perdido peso como receptora de la AOD mundial.<sup>102</sup> Ver Anexo 12.

Finalmente, según el Informe de la Cooperación Sur-Sur en Ibero América (2009): La AOD global durante el 2008 alcanzó los 120.000 millones de dólares, de los cuales sólo 5.000 millones fueron destinados a América Latina y el Caribe.

Con estos acontecimientos, el modelo de cooperación sur – sur se ha visto fortalecido en las últimas décadas, permitiendo que los países de renta media de América Latina y el Caribe obtengan mayores oportunidades de desarrollo económico y social, mediante el desarrollo de capacidades y la cooperación técnica.

---

<sup>101</sup> Negrón Federico *La Ayuda Oficial para el Desarrollo y los Países de Renta Media en el contexto Latinoamericano*. (2009). Internet. [http://www.realityofaid.org/userfiles/roareports/roareport\\_87f8015851.pdf](http://www.realityofaid.org/userfiles/roareports/roareport_87f8015851.pdf). Acceso: (4 de Octubre de 2011) Página 57.

<sup>102</sup> Fundación Carolina (CeALCI) *La inserción de América Latina en el cambiante sistema internacional de cooperación*. Internet. <http://es.scribd.com/doc/59097300/3/INDICE-DE-CUADROS-GRAFICOS-Y-RECUADROS>. Acceso: (18 de Octubre de 2011).Página 37.

## **1.2.4 Cooperación Norte-Sur (CNS): Características y Evolución**

Por décadas, la cooperación norte – sur, por los recursos con los que contaba, fue predominante. Operaba de manera vertical, diferenciando a los países del norte como industrializados y a las naciones del sur como subdesarrolladas; esto, dio paso a la sumisión y dominación de los intereses políticos, económicos e ideológicos sobre los países del sur.

Es importante destacar que, durante mucho tiempo la ayuda oficial de los países de norte fue incapaz de resolver los problemas de pobreza en las naciones del sur.

En este contexto, analizaremos las características, evolución y desarrollo de la Cooperación Norte-Sur; así como sus avances y espacios de acción respecto al desarrollo de los países del sur, considerando que la Cooperación Norte- Sur es altamente apreciada por la comunidad internacional por su mayor peso financiero.

### **Características de la CNS.**

#### ***Condicionalidades políticas, económicas e ideológicas de la ayuda***

La *condicionalidad* de la ayuda, por varias décadas, ha creado un marco de conducta en los países beneficiarios con limitaciones y políticas preestablecidas. Ha sido utilizada, como un instrumento de persuasión, cuyo fin ha pretendido que el receptor se comporte como lo estipula el donante.<sup>103</sup>

---

<sup>103</sup>“Los donantes tras aplicar ejercicios tanto de promoción a la cooperación (denominada vinculación constructiva) como de coerción (sanciones a la ayuda), entre otros mecanismos de presión, han condicionado el comportamiento de sus receptores, con la finalidad de lograr determinados propósitos en un momento dado.” En: Prado Lallande Juan Pablo. Tesis Doctoral La Condicionalidad Política de la Cooperación al Desarrollo las sanciones a la Ayuda Internacional. Universidad Complutense de Madrid Facultad de Ciencias Políticas y Sociología Departamento de Derecho Internacional Público y Relaciones Internacionales. Internet. <http://www.ucm.es/BUCM/tesis/cps/ucm-t28973.pdf>. Acceso: (15 de Octubre de 2011). Página 27.

Muchas veces, los países receptores de la ayuda internacional, han tenido que aplicar las reformas y cambios políticos “solicitados” por las agencias donantes de la ayuda, con la finalidad de obtener y mantener el apoyo otorgado por el donante.

Históricamente, a partir del período de la Guerra Fría, las condicionalidades a la ayuda internacional empezaron a multiplicarse. El bloque occidental capitalista, liderado por los Estados Unidos y el bloque oriental socialista liderado por la Unión Soviética (URRS), encuentran en la ayuda una forma de control político, militar y económico que les permitía expandir su presencia e influencia en los países beneficiarios.

Durante los años 70, varios países donantes como Estados Unidos, Francia y el Reino Unido crearon sus propias agencias e instituciones de asistencia al desarrollo, estableciendo sus propias reglas y condicionamientos para la ayuda.

En el caso de los Estados Unidos, se crea la Agencia para la Administración de Programas de Asistencia Económica (*United State Agency for International Development* (USAID)) en el año de 1961. Para esta nación la: “Asistencia extranjera es una valiosa herramienta de política exterior en términos de promoción de los intereses de seguridad de EE.UU. y sus intereses económicos”.<sup>104</sup>

Conforme a esta visión, se puede apreciar que la ayuda de la *USAID* estaba ligada a las estrategias económicas, políticas y de seguridad nacional que favorecieran a los intereses de los Estados Unidos.

En los años 80, la *Condicionalidad de la Ayuda*, tuvo una orientación económica y política, a causa de la denominada “*década perdida*”<sup>105</sup>. Esta realidad, obligó a estas naciones a

---

<sup>104</sup> Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Internet. <http://www.usaid.gov>. Acceso: (13 de Mayo de 2011).

<sup>105</sup> El término de **La Década Perdida** se refiere al periodo en el cual, varios países de América Latina y el Caribe, debido a la deuda externa y a la reducción de recursos financieros, quedaron estacados económicamente.

recurrir a los préstamos de las instituciones financieras, como del Fondo Monetario Internacional (FMI).<sup>106</sup>

Las *condicionalidades estructurales impuestas por el FMI*<sup>107</sup>, para otorgar el respaldo financiero, estaban sujetas al cumplimiento de medidas políticas y económicas de los Programas de Ajuste Estructural (PAE), estas a su vez, estaban supeditadas a la aplicación de severas políticas fiscales y medidas económicas que reducían el gasto social de los países deudores.

De manera similar, como se menciona en párrafos anteriores, durante el período de los años 80, varios de los países miembros del CAD, condicionaron la ayuda a la: promoción y fortalecimiento de la democracia; al respeto de los derechos humanos y a los buenos gobiernos como condicionantes políticos e ideológicos hacia los países del Sur.

El concepto de “*Buen gobierno*” promovido principalmente por los Estados Unidos, quiso asegurar que, el estado receptor mejore su capacidad institucional y así pueda enfrentar los desafíos del desarrollo. Sin embargo, la noción de buen gobierno, tenía un contenido altamente político, que implicaba elementos que aseguraran: la economía de mercado, el fomento de la democracia y el respeto a los derechos humanos.<sup>108</sup>

La inclusión de estos elementos en varias de las naciones receptoras, puede ser considerado como una imposición, que va en contra de los intereses nacionales, e incluso que atenta contra su soberanía nacional. Pues los estados beneficiarios, ya no pueden decir por sí mismos la estructura interna de sus políticas.

---

<sup>106</sup> **El Fondo Monetario Internacional (FMI)**: Fue creado en el año de 1944 en la Conferencia de las Naciones Unidas Bretton Woods.

<sup>107</sup> “*Las políticas de ajuste estructural*” del FMI, empleadas para ayudar a un país sólo le enseñaban a ajustarse ante la crisis, provocaron hambre y disturbios en muchos rincones del mundo, y cuando “tuvieron éxito”, sólo fue para el 10% de los “*puddientes*” de la población. Cuando los fracasos estaban a la vista, el FMI respondía que el sufrimiento era necesario para que las políticas económicas implementadas tuvieran efecto a largo plazo”. En: Joseph E. Stiglitz. *El Malestar en la Globalización*, Buenos Aires-Argentina, Taurus, 2002. Página 19.

<sup>108</sup> Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al desarrollo. *Concepto de buen gobierno (Good Governance)*. Internet.

[http://www.usergioarboleda.edu.co/derecho/derecho\\_constitucional/resena\\_buen\\_gobierno.htm](http://www.usergioarboleda.edu.co/derecho/derecho_constitucional/resena_buen_gobierno.htm). Acceso: (13 de Mayo de 2011).

*“La soberanía y el principio de la no intervención en los asuntos internos de los Estados no deben ser mermados bajo pretexto alguno (...) Ningún país deberá utilizar su poder para dictar su concepto sobre los derechos humanos o imponer condicionantes a otros.”<sup>109</sup>*

Continuando, con el análisis de las características de la CNS, en el caso de la Unión Europea (UE), la ayuda económica estaba condicionada a que, el país beneficiario tenga un régimen democrático y respeto continuo a los Derechos Humanos; si esto no se llegaba a cumplir a cabalidad, el estado beneficiario obtenía sanciones tanto políticas como económicas.

Un claro ejemplo de ello, fue la suspensión económica hacia Haití durante el año 2000, debido al boicot y violencia política ocurrida en las elecciones presidenciales durante ese año. La suspensión de AOD a Haití, provocó la desvalorización de la moneda haitiana y la suspensión de las exportaciones nacionales.<sup>110</sup>

De manera similar, en 1960, el Congreso de los Estados Unidos, frente al socialismo de Cuba, aprobó la *“Ley de Ayuda Externa de 1961”* que prohibió todo tipo de ayuda a Cuba y cualquier otro país que le brindase apoyo.<sup>111</sup> Este tipo de condicionalidad (política y económica), generó acciones, que repercutieron de manera negativa en las naciones con altos índices de pobreza y dependientes de la ayuda para su desarrollo.

Con estos precedentes, se podría concluir que, la ayuda, ha sido empleada como un arma política, sin embargo, existen justificaciones que emplean varios de los benefactores, para intervenir, en cuestiones internas de cada nación receptora.

Una de las más importantes, es cuando, las naciones benefactoras, tratan de crear un sistema que asegure, el uso eficiente de sus flujos de asistencia, pues han comprobado que,

---

<sup>109</sup> Prado Lallande Juan Pablo. Tesis Doctoral La Condicionalidad Política de la Cooperación al Desarrollo las sanciones a la Ayuda Internacional. Universidad Complutense de Madrid Facultad de Ciencias Políticas y Sociología Departamento de Derecho Internacional Público y Relaciones Internacionales. *X Cumbre del Movimiento de Países No Alineados. Yakarta, septiembre de 1992.* Internet. <http://www.ucm.es/BUCM/tesis/cps/ucm-t28973.pdf>. Página. 90.

<sup>110</sup> Observatorio de Política Exterior Europea. *El uso de la cláusula democrática y de derechos humanos en las relaciones exteriores de la Unión Europea.* Internet. <http://www.iuee.eu/pdf-publicacio/40/3zqjw4TCPmW7kQqkN4UO.PDF>. Acceso: (13 de Mayo de 2011).

<sup>111</sup> *Cronología del Bloqueo a Cuba.* Internet. <http://usuaris.tinet.cat/mgm/amigos1495.htm>. Acceso: (14 de Mayo de 2011).

muchos de los países receptores, invertían los recursos de cooperación, para cubrir otras actividades económicas como los déficits fiscales, los cuales, son ajenos al verdadero desarrollo de su población.

Esta situación, sin duda, ha causado en varios de los benefactores, “fatiga” para otorgar la cooperación externa, por ende, han disminuido sus asistencias, hasta el retiro definitivo en ciertos países de menores niveles de desarrollo.

Con esto, podemos concluir que, no siempre la cooperación internacional, va de la mano de la coerción.

A partir, del año 2000, en la “*Declaración del Milenio*” y en la “*Cumbre de Monterrey*”, los objetivos de la comunidad internacional están encaminados a fortalecer la ayuda no condicionada para de esta manera robustecer la eficacia de la asistencia oficial al desarrollo.

Según, los datos del Instituto Ecuatoriano de Cooperación Internacional, desde el año de 1995, se nota una variación porcentual en la ayuda condicionada, que pasa del 18% en el año de 1995 al 11% en el año 2002. En el último período, la disminución de la asistencia condicionada responde al cumplimiento de los objetivos para desvincular la AOD, pronunciados por los miembros del CAD durante *la Reunión de Alto Nivel del CAD* en el año 2001.<sup>112</sup> Por lo tanto, se puede observar como la “*ayuda no condicionada*” desde el 2002 incrementa su participación porcentual.<sup>113</sup> Ver Anexo 13.

Pero, no solamente la “*condicionalidad a la ayuda*” ha caracterizado a la cooperación norteamericana, ya que con el transcurrir del tiempo y frente a las continuas necesidades del mundo, han surgido personas altruistas que han intentado dar respuesta a los problemas económicos y de desarrollo de una manera benévola, mediante la canalización de recursos y bienes por vías voluntarias o por donaciones. Este es el caso de la Fundación Bill y Melinda Gates, la

---

<sup>112</sup> Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OECD). *Untying aid: The right to choose*. Internet. [http://translate.google.com.ec/translate?hl=es&sl=en&tl=es&u=http%3A%2F%2Fwww.oecd.org%2Fdocument%2F16%2F0%2C3746%2Cen\\_2649\\_33721\\_46890896\\_1\\_1\\_1\\_1%2C00.html](http://translate.google.com.ec/translate?hl=es&sl=en&tl=es&u=http%3A%2F%2Fwww.oecd.org%2Fdocument%2F16%2F0%2C3746%2Cen_2649_33721_46890896_1_1_1_1%2C00.html). Acceso: ( 14 de Mayo de 2011)

<sup>113</sup> Instituto Ecuatoriano de Cooperación Internacional. Ministerio de Relaciones Exteriores. *Cooperación para el Desarrollo Ecuador 2003-2004*, Quito, Graficas Ortega. Página 38.

cual fue galardonada con el Premio Príncipe de Asturias por su labor científica, técnica, cultural, social y humana en beneficio de la humanidad.

### **Evolución de la CNS.**

La I y II Guerra mundial, marcan el inicio de la cooperación norte-sur; esta modalidad nace como una opción para superar las secuelas de la postguerra. <sup>114</sup> En este contexto, después de la creación del “*Plan Marshall*” en el año de 1947, varios países desarrollados empiezan a impulsar varios programas de cooperación dirigidos a los países del sur.

Consecuentemente, en la década de los años 60 la Comunidad Europea (CEE), iniciaría los primeros programas de ayuda bilateral hacia los países Africanos. De manera similar, durante esta etapa naciones como Japón, ponen en marcha varios proyectos bilaterales, como es el caso del “*Plan Colombo*”, cuya ayuda estaba encaminada hacia el desarrollo económico de los países del sudeste de Asia y el Pacífico.

Para el año de 1972, el concepto de AOD está totalmente ligado a la asistencia procedente de los países del norte por su considerable economía. Años más tarde, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que hasta la actualidad es uno de los organismos más significativos para la cooperación norte – sur, en el año de 1974 en la Carta de los Derechos y Deberes Económicos de las Naciones Unidas acuerda que: “*La cooperación internacional para el desarrollo es objetivo compartido y deber común de todos los Estados.*”<sup>115</sup> Esta situación, contribuyó a que el desarrollo de los países del sur sea prioridad para todos los actores de la comunidad internacional.

Sin embargo, esta consideración duró muy poco, ya que, durante la década de los años 70 y 80, las condicionalidades políticas y económicas a los países del sur se acentuaban cada vez más debido a la “*crisis de la deuda*”. Durante esta crisis, regiones como África Subsahariana y varios países de América Latina como México y Brasil resultaron

---

<sup>114</sup> Diego Cando. *Cooperación Sur-Sur*, Quito, IAEN, 2011. Página 1.

<sup>115</sup> Carta de Derechos y Deberes Económicos de los Estados (ONU). Internet. <http://www.dipublico.com.ar/instrumentos/148.pdf>. Acceso: (16 de Mayo de 2011).

gravemente sobre-endeudados. En este contexto, programas como el Plan Baker y Plan Brady sometieron a los países deudores a cumplir con las condicionales del Consenso de Washington, las cuales acarrearón grandes consecuencias económicas y sociales, ya que, el papel del estado quedaba limitado y condicionado.

No obstante, los nefastos resultados sociales y económicos provocados por la “*crisis de la deuda*” en los países del sur, mostrarían a la comunidad internacional que el sistema de ayuda de los años 70 y 80 no era adecuado para su desarrollo. Por ende, durante los años 90 se discute y plantea una nueva agenda de cooperación al desarrollo conocida como la “*Declaración del Milenio*”.

La “*Declaración del Milenio*”, como se menciona en párrafos anteriores, surge en el marco del nuevo enfoque de cooperación internacional al desarrollo, producido durante los años 90. En está, se reconoce la importancia que tiene la cooperación norte-sur en el desarrollo económico y social de los países del sur, y por ende uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio hace referencia a la necesidad de una alianza mundial para el desarrollo.

Todas estas consideraciones, fueron la causa principal para que los países desarrollados como la Unión Europea, Estados Unidos, Australia, Japón y Canadá, adopten políticas internas dirigidas a crear un fondo de ayuda al desarrollo, que incluya: la transferencia de recursos, apoyo a los procesos de integración regional, promoción del desarrollo sostenible, promoción de la cohesión social y políticas de desarrollo social, mediante iniciativas de asistencia económica, científica - técnica y humanitaria, dirigida hacia las naciones del sur.

### **Actores de la CNS**

El proceso de cooperación norte – sur, durante su evolución, ha dado lugar a la creación de varias agencias de cooperación internacional. A continuación se nombrarán las más representativas. Ver Anexo 14.

Las Principales agencias de ayuda de la Unión Europea, son:

- *Euroepan Comission Humanitarian AID & Civil Protecction (ECHO)* fue creada en el año de 1992, con el propósito de proporcionar asistencia en estado de emergencia y ayuda humanitaria en desastres naturales. *ECHO* ha suministrado su ayuda en más

de 85 países en el mundo, a través de varias ONGs, y varias agencias especializadas de las Naciones Unidas como son: Alto Comisionado de la Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR) y al Programa Mundial de Alimentos (PMA).<sup>116</sup>

- *Europe AID*: Creado en el año 2001, brinda cooperación, a través de la aplicación de programas y proyectos de ayuda exterior como alimentación, recursos naturales, gobernanza y derechos humanos, hacia las regiones de América Latina y el Caribe, Medio Oriente, Asia, y África.
- En el caso específico de América Latina, la ayuda está dirigida hacia la cohesión social y la integración regional, a través del Programa *EUROSOCIAL*.<sup>117</sup> Por ende la Unión Europea, es en la actualidad uno de los donantes miembros del CAD que más coopera para el desarrollo de los países de Sur.

Es importante, destacar el papel de Japón en la cooperación norte-sur, ya que, desde la década de los años 50 a través del “*Plan Colombo*”, brindó asistencia técnica y apoyo económico al pago de las reparaciones de la guerra, en países como: Birmania, Indonesia, Filipinas, Vietnam y Tailandia.<sup>118</sup> Además, en la década de los años 90, dirigió su ayuda económica hacia la *Asociación de Naciones Asiáticas Sur Orientales* conformada por 10 naciones orientales, que buscaban alcanzar la paz y el desarrollo económico y social.<sup>119</sup>

En el año de 1974, Japón crea la *Agencia de Cooperación internacional de Japón (JICA)*, entidad encargada de la asistencia bilateral y de la calidad y cantidad de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD). Finalmente, la agencia japonesa conjuntamente con el Banco Japonés para la Cooperación internacional (JBIC), supervisan el desembolso de préstamos, créditos,

---

<sup>116</sup> Guías sobre la Cooperación Unión Europea-América Latina 2007. Internet.

[http://ec.europa.eu/europeaid/where/latin-america/regional-cooperation/documents/guidecooperation\\_eu\\_la\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/europeaid/where/latin-america/regional-cooperation/documents/guidecooperation_eu_la_es.pdf). Acceso: (15 de Mayo de 2011).Página13.

<sup>117</sup> European Commission - External Relation. *Social Cohesion in the EU-Latin America/Caribbean strategic partnership*. Internet. [http://ec.europa.eu/europeaid/where/latin-america/regionalcooperation/eurosocial/documents/social\\_cohesion\\_in\\_strategic\\_partnership\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/europeaid/where/latin-america/regionalcooperation/eurosocial/documents/social_cohesion_in_strategic_partnership_en.pdf). Acceso: (15 de Mayo de 2011) Página 4.

<sup>118</sup> *Plan de Colombo*. Internet. [http://www.worldlingo.com/ma/enwiki/es/Colombo\\_Plan](http://www.worldlingo.com/ma/enwiki/es/Colombo_Plan). Acceso: (16 de Mayo de 2011).

<sup>119</sup> *Ibíd.*

ayuda técnica y financiera no reembolsable. El lema de esta agencia es el “*Desarrollo incluyente y dinámico*”<sup>120</sup>, sus modalidades de cooperación son: suministro de equipos, proyectos de cooperación técnica, aceptación de becarios y préstamos en yenes.

En conclusión, la cooperación norte-sur, por varias décadas ha sido un apoyo financiero y técnico para varios países subdesarrollados, pero sus condicionalidades e intereses han limitado la efectividad de la cooperación y la ayuda en los países con menores niveles de desarrollo.

En respuesta, a esta constatación, la Cooperación Sur-Sur (CSS) se ha fortalecido y desarrollado durante las últimas décadas, tomando relevancia mundial mediante una ayuda mutua entre países con economías y situaciones similares. Se debe resaltar que según la retórica de la CSS, se procura el progreso de los países del sur de una manera solidaria e integral.

### **1.2.5 Cooperación Sur-Sur: Característica y Evolución.**

La cooperación internacional, en la actualidad, propone diferentes formas de asistencia, entre las que se destaca la de tipo: Sur-Sur, conocida también como horizontal.<sup>121</sup>

La CSS como “*nueva propuesta de cooperación*”, surge ligada a factores ideológicos, asociados al tercermundismo; esta nueva alternativa de asistencia, emerge de los países considerados con menores niveles de desarrollo frente a la disminución de la AOD y la “*condicionalidad*” de la ayuda.<sup>122</sup>

Una primera definición de la CSS, se genera en la Conferencia de las Naciones Unidas celebrada en Buenos Aires en 1978, en donde se expresa que la CSS es “*un proceso*

---

<sup>120</sup> Agencia de Cooperación internacional del Japón (JICA). *¿Que es JICA?*. Internet. <http://www.jicaec.com/jicaweb/html/inter/Que%20es%20JICA.htm>. Acceso: (16 de Mayo de 2011).

<sup>121</sup> Diego Cando. *Cooperación Sur-Sur*, Quito, IAEN, 2011. Página 1

<sup>122</sup> *Ibíd.* Página 1

*consciente, sistemático y políticamente motivado, elaborado con el objeto de crear una estructura de vínculos múltiples entre países en desarrollo*<sup>123</sup>

Años más tarde, la CSS constituiría, según el Informe de Cooperación Sur-Sur en Ibero América:

*“Una opción viable para apoyar el desarrollo a partir de los recursos y la experiencia que cada país puede compartir con otros de igual o menos desarrollo relativo, en un proceso de cooperación mutua. En la práctica se presenta como una forma de cooperación independiente, que no se basa en criterios económicos y que ofrece asociaciones estratégicas entre iguales, para lograr objetivos comunes. En la CSS todos se benefician ya que siempre se aprende y comparte algo.”*<sup>124</sup>

### **Características de la CSS.**

La Cooperación Sur-Sur tiene varias características que, le han permitido diferenciarse de la tradicional Cooperación Norte-Sur, sin embargo, no podemos pasar por alto que, los objetivos de los donantes también son los mismos que los de los países ricos: proyecciones geopolíticas para fortalecer su poder e influencia, control de recursos de materias primas y abrir espacios para sus empresas.

Estas características las iremos analizando a continuación:

1. *Afinidad que comparten los países del sur, por su nivel de desarrollo económico.* En la actualidad, esta semejanza les ha permitido surgir integralmente y no limitarse a las relaciones entre países de una misma región. Este, es el caso de las Economías de BRIC.<sup>125</sup>

---

<sup>123</sup> Secretaria General Iberoamérica (SEGIB) *Informe de la Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica 2009*, Madrid, Estudios SEGIB N°4, 2009. Página 17.

<sup>124</sup> *Ibíd.* Página 17.

<sup>125</sup> *El termino BRICS:* Se refiere conjuntamente a las economías de Brasil, Rusia, India y China.

Las Economías BRIC conformadas por países como: Brasil, India, Rusia y China, abarcan el 40% de la población mundial y representan el 25% del PIB global.<sup>126</sup>

Según estimaciones del reporte de la Realidad de la Ayuda 2010: se calcula que estas cuatro economías emergentes, podrían superar para el año 2032 el producto nacional bruto de los países del G7.<sup>127</sup>

Sin embargo, para Bruno Ayllon Pino, los *países emergentes* siguen siendo naciones en desarrollo, debido a sus deficiencias institucionales y a sus grandes índices de pobreza. En este contexto, asevera que: “los países emergentes aún no han consolidado sus avances en el desarrollo.” Esta situación, de acuerdo con el mismo autor, no ha impedido que estas naciones fortalezcan su poder e influencia, puesto que, al ofrecer una CSS con **ventajas relación costo/beneficio**, obtienen prestigio e influencia en los países en desarrollo y a escala mundial: “este componente blando de su proyección exterior, permite ampliar su capacidad de **persuasión** y ganar **adhesiones** para sus intereses.”<sup>128</sup>

1. Carácter solidario: La CSS se basa en la “solidaridad para la ampliación de capacidades”, esta característica, al ser un compromiso voluntario, ha permitido que las naciones del sur afronten conjuntamente problemas de pobreza y de inequidad.<sup>129</sup> Sin embargo, según Kern y Weistaubb, señalan que: “las motivaciones solidarias de la CSS se subordinan a políticas exteriores, con marcado carácter instrumental vinculada a beneficios esperados por los países de manera o forma individual, y no tanto al colectivo del mundo en desarrollo.”<sup>130</sup>

---

<sup>126</sup> The Reality of Aid Management Committee 2010: South-South Development Cooperation: A challenge to the aid system. Internet:

[http://www.realityofaid.org/userfiles/roareports/roareport\\_08b0595377.pdf](http://www.realityofaid.org/userfiles/roareports/roareport_08b0595377.pdf). Acceso: (17 de Octubre de 2011). Página 1.

<sup>127</sup> *Ibid.* Página 1.

<sup>128</sup> Bruno Ayllon Pino. Las Contribuciones de los países emergentes al desarrollo internacional: el caso de Brasil (2003-2010). Córdoba, Argentina, X Congreso Nacional de Ciencia Política (SAAP), 2011.

<sup>129</sup> Secretaría General Iberoamérica (SEGIB) Informe de la Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica 2009, Madrid, Estudios SEGIB N°4, 2009. Página 17.

<sup>130</sup> Bruno Ayllon Pino. Las Contribuciones de los países emergentes al desarrollo internacional: el caso de Brasil (2003-2010). Córdoba, Argentina, X Congreso Nacional de Ciencia Política (SAAP) 2011.

2. Fortalecimiento en el nivel regional e interregional, mediante procesos de integración de carácter económico, social, cultural y político: El reporte La Realidad de la Ayuda 2010, especifica que a partir del año 2008, la CSS se ha enfrentado a nuevos retos globales, como son: las crisis energéticas; el acceso a alimentos; las repercusiones en el cambio climático y las pandemias mundiales (Influenza A (H1N1)), y ha sido gracias al desempeño de esta modalidad de asistencia, que se han podido formular estrategias comunes que han permitido enfrentar estas adversidades.<sup>131</sup>
  
3. Intercambio de conocimientos entre especialistas y técnicos de los países del sur. A través de, esta estrategia, se ha compartido experiencias en diversos campos para la formulación de proyectos y programas para el mejoramiento de la calidad de vida.<sup>132</sup>
  
4. Nueva modalidad de Cooperación Triangular. Según La Unidad Especial de Cooperación Sur-Sur del PNUD, se define a la Cooperación Triangular en los siguientes términos: "Cooperación Técnica entre dos o más países en desarrollo que es apoyada financieramente por donantes del norte u organismos internacionales."<sup>133</sup>

Según, Andrea Álvarez y Tatiana Beirute, "las oportunidades que puede generar la Cooperación Triangular son:

- El establecimiento de relaciones entre iguales;
- Estrechar el vínculo entre las relaciones Norte-Sur y las relaciones Sur-Sur;
- Los países beneficiarios pueden lograr una mayor legitimación y aceptación por la existencia de lazos culturales, geográficos y lingüísticos comunes."<sup>134</sup>

<sup>131</sup> The Reality of Aid Management Committee 2010: South-South Development Cooperation: A challenge to the aid system. Internet: [http://www.realityofaid.org/userfiles/roareports/roareport\\_08b0595377.pdf](http://www.realityofaid.org/userfiles/roareports/roareport_08b0595377.pdf). Acceso: (18 de Octubre 2011). Página 1.

<sup>132</sup> *Ibíd.* Página 18

<sup>133</sup> Secretaría General Iberoamérica. II Informe de Cooperación Sur Sur en Iberoamérica. Internet: [http://segib.org/documentos/esp/sur sur web ES.PDF](http://segib.org/documentos/esp/sur%20sur%20web%20ES.PDF) . Acceso: (18 de Octubre de 2011).Página 20.

<sup>134</sup> Álvarez Andrea y Beirute Tatiana. La Cooperación Sur-Sur en América Latina y posibles esquemas de cooperación triangular. Internet: [http://www.flacso.org/fileadmin/usuarios/imagenes/Publicaciones/Policy\\_Memo\\_Cooperacion\\_Sur-Sur.pdf](http://www.flacso.org/fileadmin/usuarios/imagenes/Publicaciones/Policy_Memo_Cooperacion_Sur-Sur.pdf). Acceso: (16 de Octubre de 2011).

En conclusión, todas estas características, apuntan a un solo objetivo, que es conseguir que los países del sur adquieran mejores niveles de desarrollo, y consecuentemente vigoricen la CSS. Este escenario, Según Diego Cando, hace de este tipo de asistencia, una buena opción para los países en vías de desarrollo, con miras al fortalecimiento e integración de las naciones del sur.<sup>135</sup>

## **Evolución de la CSS**

La Cooperación Sur-Sur recibió un impulso significativo en 1955 con la Conferencia de Bandung – Indonesia, que contó con la participación de 29 países entre ellos africanos y asiáticos. El principal objetivo de esta reunión, estuvo enfocado en la emancipación de varios países del tercer mundo oprimidos por el dominio económico y político de las potencias colonialistas, esto significó un momento clave en el proceso de descolonización.<sup>136</sup>

Seis años después de la Conferencia de Bandung, se lleva a cabo, en el año de 1961 la Primera Conferencia Cumbre de Belgrado, en la cual se crea el Movimiento de los Países No Alineados (MPNA). En esta, los miembros del MPNA se declaran como naciones militarmente frágiles y económicamente subdesarrolladas; y proponen una cooperación internacional que favorezca sus intereses y que tenga como base los principios de igualdad económica y social.

Consecutivamente a la creación del MPNA, en el año de 1964 se crea el Grupo de los 77 (G-77) en la Primera Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Comercio y Desarrollo (UNCTAD) con un esquema de apoyo económico Sur-Sur, que pretendió superar la dependencia económica y tecnológica que ha mermado el adelanto de varios países con menores niveles de desarrollo durante varios años. Ante esta situación, los miembros del G-77 proponen un régimen internacional distributivo, expresado en programas de desarrollo equitativos.<sup>137</sup>

---

<sup>135</sup> Diego Cando. *Cooperación Sur-Sur*, Quito, IAEN, 2011. Página 1

<sup>136</sup> Historia de las Relaciones Internacionales durante el siglo XX. *The Bandung Conference*. Internet. <http://www.historiasiglo20.org/TEXT/bandung1.htm>. Acceso: (13 de Mayo de 2011).

<sup>137</sup> Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Comercio y Desarrollo. *Declaración ministerial con ocasión del 40º aniversario del grupo de los 77*. Internet. <http://www.g77.org/40/TD405s.pdf>. Acceso: (22 de Julio de 2011).

En 1965 se crea el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)<sup>138</sup>, con la misión de impulsar el progreso en los Países en Desarrollo (PED). Seguidamente, en el año de 1974, nace como dependencia del PNUD, la Unidad Especial de Cooperación Sur-Sur (SUSSC), con funciones encaminadas al a su fortalecimiento y promoción (de la Cooperación Sur-Sur).<sup>139</sup>

En el año de 1975, se crea el Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe (SELA), integrado por 28 países, para promover y coordinar la cooperación e integración sur-sur. Inmediatamente en 1978, en la Conferencia de Buenos Aires, se crea el Plan de Acción de Buenos Aires (PABA) que da lugar a un nuevo entendimiento sobre la CSS, basado en la cooperación entre los países con menores niveles de desarrollo.

El PABA, *“delinea las mejores prácticas”* para la Cooperación Técnica entre países en Desarrollo (CTPD).<sup>140</sup> De esta manera, la cooperación sur-sur va ganando espacio en el desarrollo de capacidades de manera solidaria y equitativa. Según Fernando Nivia-Ruiz: *“A partir de la Conferencia de Buenos Aires, se aclaran los conceptos y procedimientos de la Cooperación Sur-Sur, esta situación permite que los países en desarrollo recurran más a la CSS como política y estrategia práctica para su crecimiento económico.”*<sup>141</sup>

---

<sup>138</sup> El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (**PNUD**) es: “un Organismo Multilateral que: *“trabaja junto a los Gobiernos para ayudarlos a encontrar sus propias soluciones a los retos mundiales y nacionales suministrando asesoría en aspectos técnicos y administrativos vinculados al desarrollo. EL PNUD contribuye al fortalecimiento y desarrollo de las capacidades nacionales mediante la gestión del conocimiento de sus funcionarios y especialistas así como el de su amplio círculo de asociados.”* En: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD en Panamá). Internet. [http://media.gestorsutil.com/PNUD\\_web/363/centro\\_informacion\\_kits/docs/0596409001273958618.pdf](http://media.gestorsutil.com/PNUD_web/363/centro_informacion_kits/docs/0596409001273958618.pdf).

<sup>139</sup> Secretaria General Iberoamérica. *II Informe de Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica*. Internet. [http://segib.org/documentos/esp/sur\\_sur\\_web\\_ES.PDF](http://segib.org/documentos/esp/sur_sur_web_ES.PDF). Acceso: (20 de Octubre de 2011). Página 11

<sup>140</sup> *“La CTPD es un medio para iniciar organizar y fomentar la cooperación entre países en desarrollo a fin de transferir y adquirir beneficios mutuos, además busca aprovechar las capacidades y experiencias propias desarrolladas en base del respeto a su soberanía e independencia económica.”* En: Instituto Ecuatoriano de Cooperación Internacional. Ministerio de Relaciones Exteriores. *Cooperación para el Desarrollo Ecuador 2005*, Quito, LIDAR, 2005. Página 73

<sup>141</sup> Fernando Nivia-Ruiz. Artículo: *“La Cooperación internacional, Sur-Sur en América Latina y el Caribe: Una mirada desde sus avances y limitaciones hacia un contexto de crisis mundial”*. Internet. <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/economia/article/viewFile/1256/796>. Acceso: (21 de Septiembre de 2011). Página 197.

Continuando, con el análisis, en el año de 1979, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL),<sup>142</sup> impulsa la CSS, mediante la cooperación técnica entre países y regiones. Continuadamente, en el año 1995, el Comité de Alto Nivel de las Naciones Unidas para la Revisión de la CTPD elabora los nuevos parámetros para la cooperación técnica entre los países en desarrollo. Estos lineamientos resaltan la participación de los “*Países Pivotes*”<sup>143</sup> como países fuertes por sus avances y aportes para la consolidación de la CSS.<sup>144</sup>

Durante la década del 2000, en la Declaración del Milenio y en la Conferencia de Monterrey sobre Financiación al Desarrollo (2002), los países miembros del CAD, se comprometen a destinar la ayuda prioritariamente hacia los Países Menos Adelantados (PMA). Esta situación profundiza las dificultades que enfrentan los países de rentas medias por la reducción de la AOD, demostrando que es necesario fortalecer la cooperación técnica y el intercambio de capacidades entre los países con menores niveles de desarrollo.

En el año 2005, se celebra la Segunda Conferencia del Sur, Doha – Qatar. En esta cumbre los jefes de estado del G77 y el Representante de China, deciden adoptar el “*Plan de Acción de Doha*”, comprometiéndose a formular una estrategia común entre todos los países en desarrollo para enfrentar los desafíos de la economía actual y cumplir con las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.<sup>145</sup>

---

<sup>142</sup> Históricamente, la CEPAL fue establecida en el año de 1948 por el Consejo Económico y Social (ECOSOC), con el propósito de contribuir al desarrollo de los países de América Latina y robustecer las relaciones económicas de los países latinoamericanos entre sí y con otros países del mundo. En: Secretaría General Iberoamérica. *II Informe de Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica*. Internet.[http://segib.org/documentos/esp/sur\\_sur\\_web\\_ES.PDF](http://segib.org/documentos/esp/sur_sur_web_ES.PDF). Acceso:(20 de Octubre de 2011).Página 24

<sup>143</sup> El término de **Países Pivotes**, es empleado para identificar a las naciones, que “*en virtud de sus capacidades y experiencia en promover la Cooperación Sur-Sur, juegan el papel de líderes en la promoción y aplicación de la CTPD. De entre los 22 que inicialmente asumen ese rol, destacan siete países iberoamericanos: Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, México y Perú. Posteriormente se añade Argentina.*” En: Secretaría General Iberoamérica. *II Informe de Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica*. Internet.[http://segib.org/documentos/esp/sur\\_sur\\_web\\_ES.PDF](http://segib.org/documentos/esp/sur_sur_web_ES.PDF). Acceso:(20 de Octubre de 2011).Página 28.

<sup>144</sup> Secretaría General Iberoamérica. *II Informe de Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica*. Internet.[http://segib.org/documentos/esp/sur\\_sur\\_web\\_ES.PDF](http://segib.org/documentos/esp/sur_sur_web_ES.PDF). Acceso:(20 de Octubre de 2011).Página 28.

<sup>145</sup> *Ibíd.* Página 28.

Según, el II Informe de Cooperación Sur- Sur del SEGIB; los objetivos del Plan de Doha debían permitir: "*un impulso definitivo a la Cooperación Sur-Sur en todas las regiones del mundo y en todas sus modalidades*".<sup>146</sup>

En este sentido, de acuerdo a los datos de este informe, durante esta etapa, los flujos comerciales y financieros entre los países del sur empiezan a aumentar, debido al nivel de desarrollo y a las capacidades técnicas y financieras que han ido adquiriendo varios países del sur, como es el caso de: "*Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba y México considerados también Países Pivotes de la Cooperación Sur-Sur*".<sup>147</sup>

De igual manera, el reconocimiento de nuevos actores en la CID tuvo lugar, en la Reunión de Alto Nivel sobre la eficacia de la Ayuda en Ghana en septiembre del 2008, con la suscripción de la Agenda de Acción de Accra (AAA).

La AAA, se resalta la importancia que tiene la CSS en el desarrollo de los países de ingreso mediano y de menores niveles de desarrollo. En sí, la AAA pretendió activar el acatamiento de la Declaración de París e incluyó a los países miembros; a la sociedad civil y a los cooperantes no tradicionales, como nuevos actores en la cooperación internacional para el desarrollo.<sup>148</sup>

Finalmente, para completar el panorama general de la evolución de la CSS, de acuerdo con el Reporte Especial sobre Cooperación Sur-Sur del Sistema de Ayuda 2010 de *Reality of AID*: la CSS desde la creación del G77 en el año 1964 hasta la actualidad, ha practicado numerosas formas de integración, entre ellas podemos mencionar: alianzas militares, la integración económica, la conformación de bloques de negociación, los intercambios culturales, la asistencia humanitaria, la cooperación técnica y la financiación concesional para la elaboración de proyectos y programas; apoyo presupuestal y apoyo a la balanza de

---

<sup>146</sup> Secretaria General Iberoamérica. *II Informe de Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica*. Internet.[http://segib.org/documentos/esp/sur\\_sur\\_web\\_ES.PDF](http://segib.org/documentos/esp/sur_sur_web_ES.PDF). Acceso:(20 de Octubre de 2011).Página 28.

<sup>147</sup> *Ibíd.* Página 28.

<sup>148</sup> 3° Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda al desarrollo. *Programa de Acción ACRRRA*. Internet. <http://www.oecd.org/dataoecd/58/19/41202043.pdf> Acceso: (20 de Octubre de 2011). Página 3.

pagos.<sup>149</sup> Todos estos esfuerzos y contribuciones hacen de la CSS “**un concepto más amplio y profundo que la ayuda externa**” permitiendo el desarrollo económico y social de sus países miembros.<sup>150</sup>

### **Actores de la CSS**

Durante los últimos 30 años, la integración entre varios gobiernos del sur ha sido más continúa debido a la creación de instituciones adecuadas para el fortalecimiento de la CSS.<sup>151</sup>

Desde, la Conferencia de Buenos Aires, varios han sido los actores que ha hecho posible un mejor desarrollo de la CSS. De acuerdo con el Reporte Especial sobre Cooperación Sur-Sur: del Sistema de Ayuda 2010 de *Reality of Aid*; los mayores aportantes bilaterales de la CSS no miembros del CAD son: el Reino de Arabia Saudita, la República Popular de China, la República de Venezuela y la India; cada uno de estos países han aportado al menos US\$ 0.5 billones cada año para la AOD Sur-Sur.<sup>152</sup>

En el mismo informe, se señala que, los gobiernos del sur, no tienen una definición determinada para la AOD sur-sur, sin embargo, un estudio producido por el ECOSOC define a la AOD sur-sur como: “*donaciones y préstamos concesionales (incluidos créditos de exportación) otorgados por un país del Sur a otro, para financiar proyectos, programas,*

---

<sup>149</sup> The Reality of Aid. *Reporte Especial sobre Cooperación Sur-Sur. Cooperación sur-sur: un desafío al sistema de la ayuda.*

Internet.[http://www.lasociedadcivil.org/docs/ciberteca/Cooperacion\\_Sur\\_Sur.pdf](http://www.lasociedadcivil.org/docs/ciberteca/Cooperacion_Sur_Sur.pdf). Acceso: ( 6 de Octubre de 2011 ) Página 11.

<sup>150</sup> The Reality of Aid. *Reporte Especial sobre Cooperación Sur-Sur. Cooperación sur-sur: un desafío al sistema de la ayuda.*

Internet.[http://www.lasociedadcivil.org/docs/ciberteca/Cooperacion\\_Sur\\_Sur.pdf](http://www.lasociedadcivil.org/docs/ciberteca/Cooperacion_Sur_Sur.pdf). Acceso: ( 6 de Octubre de 2011 ) Página 11.

<sup>151</sup> Ayuda Eficaz. *Promoción de la cooperación Sur-Sur para el desarrollo: una perspectiva de 30 años.*

Internet.<http://www.ayudaeficaz.es/Eficacia-de-la-ayuda/Programa-de-acci%C3%B3n-de-Accra/Documentos.aspx?PID=517&NewsId=213>. Acceso: (17 de Octubre de 2011).

<sup>152</sup> The Reality of Aid *Reporte Especial sobre Cooperación Sur-Sur. Cooperación sur-sur: un desafío al sistema de la ayuda.* Internet.[http://www.lasociedadcivil.org/docs/ciberteca/Cooperacion\\_Sur\\_Sur.pdf](http://www.lasociedadcivil.org/docs/ciberteca/Cooperacion_Sur_Sur.pdf). Acceso: (6 de Octubre de 2011) Página 15.

*cooperación técnica, alivio a la deuda y asistencia humanitaria, y sus contribuciones a instituciones multilaterales y bancos regionales de desarrollo.*<sup>153</sup>

### **República Popular de China**

China, brinda apoyo a los países con menores niveles de desarrollo, a través de una cooperación financiera, científica, técnica, educacional y cultural, a la vez que ofrece asistencia económica mediante préstamos concesionales con bajo interés e inversiones en infraestructura y para la explotación de recursos naturales.<sup>154</sup>

En este sentido: *“China otorga préstamos de bajo interés con generosos períodos de gracia y términos de largo plazo para los pagos, los cuales pueden ser cancelados por los países deudores con exportaciones de recursos naturales.*<sup>155</sup>

En la actualidad, ha creado un fondo de desarrollo China – África, con una inversión de \$5- billones de dólares.<sup>156</sup> De acuerdo, a esta información, es incuestionable negar que China no tenga intereses comerciales en los países de África. Según, el reporte especial sobre Cooperación Sur-Sur, del Sistema de Ayuda 2010 de *Reality of AID*: *“en el 2008, China invirtió \$100 millones de dólares para reconstruir la línea de TAZARA que se estaba derrumbando debido a la baja inversión y el pobre mantenimiento; la reconstrucción de la línea serviría para unir dos de las Zonas Económicas Especiales Chinas (SEZs), en Chambishi, el cinturón del Cobre de Zambia donde China tiene enormes inversiones.*<sup>157</sup>

Finalmente, China ha fomentado su cooperación hacia otras regiones, como es el caso de Brasil mediante *“La Asociación Estratégica Brasil-China”*, que comprende la cooperación técnica y científica tecnológica, que financia programas para enfermos portadores de

---

<sup>153</sup> *“Esta definición está todavía sujeta a debate y no es utilizada de manera consistente en los informes oficiales o en los estudios existentes sobre Cooperación Sur-Sur”* en: *The Reality of Aid Reporte Especial sobre Cooperación Sur-Sur. Cooperación sur-sur: un desafío al sistema de la ayuda.* Internet.[http://www.lasociedadcivil.org/docs/ciberteca/Cooperacion\\_Sur\\_Sur.pdf](http://www.lasociedadcivil.org/docs/ciberteca/Cooperacion_Sur_Sur.pdf). Acceso: (6 de Octubre de 2011).Página 11.

<sup>154</sup> *The Reality of Aid Reporte Especial sobre Cooperación Sur-Sur. Cooperación sur-sur: un desafío al sistema de la ayuda.* Internet.[http://www.lasociedadcivil.org/docs/ciberteca/Cooperacion\\_Sur\\_Sur.pdf](http://www.lasociedadcivil.org/docs/ciberteca/Cooperacion_Sur_Sur.pdf). Acceso: (6 de Octubre de 2011).Página 17.

<sup>155</sup> *Ibíd.*Página 23

<sup>156</sup> *Ibíd.* Página 17.

<sup>157</sup> *Ibíd.* Página 24.

VHI/SIDA. Esta iniciativa, se ha convertido en una decisión conjunta de cooperación sur-sur, que no se ve limitada por la distancia geográfica.<sup>158</sup>

### **República de la India**

La India, según el Reporte Especial sobre Cooperación Sur-Sur: del Sistema de Ayuda 2010 de *Reality of AID*, es considerada como un donante emergente. Sus aportaciones han contemplado la asistencia técnica y el apoyo financiero.<sup>159</sup>

En los últimos 10 años, a través de sus vínculos económicos y financieros, la India ha profundizado sus programas de asistencia técnica: en educación, salud, infraestructura y capacitación. Estos recursos han sido dirigidos especialmente a naciones cercanas como: Bután, Nepal y Afganistán.<sup>160</sup> No obstante, los proyectos de infraestructura dirigidos a estos estados, también han respondido a los intereses comerciales de este país emergente, puesto que con estas iniciativas, pretende promover el apoyo regional; asegurar la hidroelectricidad y la energía.<sup>161</sup>

Finalmente, la India mediante el acuerdo India-Mercosur, firmado en el año 2003, estableció una zona libre de comercio para bienes y servicios. Este escenario, según el Foro sobre Regionalismo y Cooperación Sur-Sur: *“constituye un reconocimiento del potencial que ofrece el comercio Sur-Sur interregional”*.<sup>162</sup>

---

<sup>158</sup> *China-Brasil Perspectivas de Cooperación Sur-Sur*. Internet.

[http://www.nuso.org/upload/articulos/3357\\_1.pdf](http://www.nuso.org/upload/articulos/3357_1.pdf). Acceso: (8 de Junio de 2011).

<sup>159</sup> The Reality of Aid *Reporte Especial sobre Cooperación Sur-Sur. Cooperación sur-sur: un desafío al sistema de la ayuda*. Internet.[http://www.lasociedadcivil.org/docs/ciberteca/Cooperacion\\_Sur\\_Sur.pdf](http://www.lasociedadcivil.org/docs/ciberteca/Cooperacion_Sur_Sur.pdf). Acceso: (20 de Septiembre de 2011) Página 18.

<sup>160</sup> Ayuda Eficaz. *Promoción de la cooperación Sur-Sur para el desarrollo: una perspectiva de 30 años*. Internet.<http://www.ayudaeficaz.es/Eficacia-de-la-ayuda/Programa-de-acci%C3%B3n-de-Accra/Documentos.aspx?PID=517&NewsId=213>. Acceso: (17 de Octubre de 2011). Página 9

<sup>161</sup> The Reality of Aid *Reporte Especial sobre Cooperación Sur-Sur. COOPERACIÓN SUR-SUR: UN DESAFÍO AL SISTEMA DE LA AYUDA*. Internet.[http://www.lasociedadcivil.org/docs/ciberteca/Cooperacion\\_Sur\\_Sur.pdf](http://www.lasociedadcivil.org/docs/ciberteca/Cooperacion_Sur_Sur.pdf). Acceso: (20 de junio de 2011) Página 24.

<sup>162</sup> Naciones Unidas. *Foro sobre Regionalismo y Cooperación Sur-Sur: el caso de la India y el Mercosur*. Internet. [http://www.unctad.org/sp/docs/tld370\\_sp.pdf](http://www.unctad.org/sp/docs/tld370_sp.pdf). Acceso: (20 de Junio de 2011) Pág.2

### **República Federativa de Brasil**

Brasil, se niega a ser considerado un país donante, ya que prefiere ser identificado como un socio al desarrollo, debido a su posición “híbrida entre el norte y el sur”.<sup>163</sup>

En los últimos años, Brasil se ha convertido en una de las economías emergentes más importantes de América Latina, alcanzando el décimo lugar de economías en el mundo, por su tasa de crecimiento del 5,3% para el año 2007; además ha incrementado significativamente su contribución a la CSS, en los sectores de la agricultura, cultura, medicina y defensa.

Según la política exterior del Brasil su cooperación se fundamenta en los siguientes pilares:<sup>164</sup>

- ❖ Promoción de la integración regional, alcanzando un desarrollo económico y social de sus regiones adyacentes.
- ❖ Promoción de la cooperación sur-sur, tal como lo hizo en el foro IBSA.

Por lo tanto, Brasil ha fomentado su cooperación, mediante el apoyo a programas de educación básica y prevención de epidemias (VIH/SIDA) en países como Haití. Además, da asistencia económica y técnica a varios países del África y Mozambique, para mejoras del sector minero y la agricultura.<sup>165</sup>

De igual manera, Brasil ha dirigido su apoyo a la lucha contra la mortalidad infantil a través del Proyecto del Banco de Leche Materna, que consiste en una red con 200 centros especializados en el procesamiento de leche materna en países como Argentina, Ecuador, Paraguay, República Dominicana y Uruguay, con una aportación de alrededor de 170.000

---

<sup>163</sup> Sarah-Lea John de Sousa. Investigadora Programa de Paz, Seguridad y Derechos Humanos FRIDE. *Brasil como nuevo actor del desarrollo internacional, la cooperación Sur-Sur y la iniciativa IBSA*. Internet. [www.fride.org/.../COM\\_BrazilDevCoop\\_ESP\\_JULIO08\\_SJ.pdf](http://www.fride.org/.../COM_BrazilDevCoop_ESP_JULIO08_SJ.pdf). Acceso: (18 de Octubre de 2011). Página. 3

<sup>164</sup> *Ibíd.* Página. 3

<sup>165</sup> Secretaria General Iberoamérica (SEGIB) *Informe de la Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica 2009*, Madrid, Estudios SEGIB N°4, 2009. Página103.

dólares para la cooperación técnica y transferencia de tecnología especializada para el desarrollo de este plan.

## CAPITULO II

### 2. COOPERACIÓN NORTE – SUR y SUR – SUR EN SALUD: Salud y Cooperación Internacional

Continuando, con la investigación, en este capítulo, se analizará las características y evolución de la *Cooperación Internacional en Salud (CIS)* considerando que, en los últimos años, la asistencia en salud, ha tomado mayor protagonismo mundial, por su propuesta en el “*desarrollo de la salud en las poblaciones más vulnerables.*”<sup>166</sup> Por ello, la CIS se constituye en complemento y apoyo al “*mejoramiento de la calidad de vida de las personas.*”<sup>167</sup>

Finalmente, se analizarán, dos casos específicos de cooperación en salud, relacionados a la cooperación norte-sur y sur-sur respectivamente: el Caso **A**, la **cooperación Belga – Ecuador**; proyecto “**Salud de Altura**”; y Caso **B**: la **cooperación Brasil – Ecuador**; proyecto “**Banco de Leche Materna.**”

Sin embargo, para establecer el contexto en el que se insertan los casos a estudiarse, presentaremos brevemente: las concepciones establecidas por el gobierno actual, con respecto a la cooperación internacional; la institucionalidad establecida para su manejo; y, las características más destacadas de la evolución de los flujos de cooperación, en el período reciente, al igual que las características generales de la cooperación en salud recibida por el país.

---

<sup>166</sup> Consejo General de Colegios Oficiales Médicos. *Importancia de la cooperación en salud en una sociedad globalizada*. Internet.  
[http://www.medicosypacientes.com/colegios/2010/11/10\\_11\\_12\\_entrevista](http://www.medicosypacientes.com/colegios/2010/11/10_11_12_entrevista). Acceso: (12 de Enero de 2012).

<sup>167</sup> *Ibíd.*

## 2.1 Ayuda Oficial al Desarrollo en el Ecuador

### 2.1.1 El Estado Ecuatoriano y la Cooperación Internacional

Para el Ecuador, la Cooperación Internacional, es considerada como un recurso complementario para la ejecución de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen vivir 2009-2013 (PNBV).

El Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2009-2013, que tuvo como antecedente el Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2010, es el “*Instrumento del Gobierno Nacional para articular las políticas públicas con la gestión y la inversión pública.*”<sup>168</sup>

El PNBV establece 12 objetivos nacionales, con sus correspondientes metas, políticas y estrategias.<sup>169</sup> El **objetivo 5** que apunta a “*Garantizar la soberanía y la paz, e impulsar la inserción estratégica en el mundo y la integración latinoamericana*”, y, el **objetivo 12** referido a “*Construir un Estado democrático para el Buen Vivir*”, señalan los elementos básicos para la cooperación internacional en los siguientes términos:

- “*Promover una política exterior que mantenga y exija el respeto al principio de no intervención en los asuntos internos de los estados.*”
- “*Impulsar activamente a la cooperación triangular y a la cooperación Sur-Sur, incentivando a las MIPYMES y a las empresas solidarias.*”<sup>170</sup>

Desde esta perspectiva, la cooperación internacional para el Ecuador debe: a) promover el desarrollo humano, la igualdad, y la transferencia de tecnología;<sup>171</sup> y b) orientarse a la

---

<sup>168</sup> SENPLADES. *Plan Nacional para el Buen Vivir*. Internet.

<http://www.senplades.gob.ec/web/senplades-portal/plan-nacional-para-el-buen-vivir1>. Acceso: (19 de Febrero de 2012).

<sup>169</sup> Agencia de Cooperación Internacional (AGECI). *El estado Ecuatoriano y la cooperación internacional para el desarrollo*. Documento de políticas. Internet. [www.ageci.com](http://www.ageci.com). Página 1.

<sup>170</sup> Ministerio de Cultura. *Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013*. Internet. <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=plan%20nacional%20del%20buen%20vivir%20ecuador%20objetivos&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&urlA>. Acceso: (1 de Febrero de 2012).

<sup>171</sup> Agencia de Cooperación Internacional (AGECI). *El estado Ecuatoriano y la cooperación internacional para el desarrollo*. Documento de Políticas. Internet. [www.ageci.com](http://www.ageci.com). Página 1.

consecución de los objetivos del PNBV, respetando los convenios y tratados internacionales adquiridos.<sup>172</sup>

En este contexto, según el Instituto Ecuatoriano de Cooperación Internacional (INECI), entidad que tuvo a cargo de la coordinación y gestión de la asistencia externa hasta el año 2007; la orientación de la AOD que recibe el país debe enfocarse en cinco criterios fundamentales:

- 1) Planificación.
- 2) Previsibilidad (montos, programación presupuestaria).
- 3) Apoyo a la superación de la pobreza e inequidad.
- 4) Asociación y corresponsabilidad entre socios.
- 5) Asignación de recursos hacia los proyectos de desarrollo prioritarios y fortalecimiento de las capacidades nacionales.

Aplicando estos principios, se estima que, será posible coordinar la movilización de los recursos de asistencia en favor del desarrollo sostenible en el Ecuador.<sup>173</sup>

Continuando con la investigación, es necesario recordar que, desde hace varios años, el Estado, ha promocionado y gestionado nuevas fuentes de cooperación y de financiación, como es la asistencia horizontal sur-sur y la cooperación triangular.<sup>174</sup>

La Cooperación Sur - Sur (CSS) en los últimos años, ha respondido favorablemente a los nuevos objetivos de desarrollo de la nación, los cuales están encaminados a que el Ecuador ya no sea solamente receptor de la asistencia externa, sino que se convierta también en oferente de cooperación técnica, fundamentalmente hacia países del sur.

Finalmente, cabe mencionar que, en el 2009, el país se anexa a la Declaración de París, comprometiéndose a "*alinearse la cooperación internacional a los principios de eficacia de la*

---

<sup>172</sup> Agencia de Cooperación Internacional (AGECI). *El estado Ecuatoriano y la cooperación internacional para el desarrollo*. Documento de Políticas. Internet. [www.ageci.com](http://www.ageci.com). Página 1.

<sup>173</sup> Es necesario recordar que, desde hace varias décadas, el Ecuador ha sido considerado por el CAD, como un país de renta media (PRM), lo que ha implicado la disminución de los flujos de la ayuda oficial.

<sup>174</sup> Agencia de Cooperación Internacional (AGECI). *El estado Ecuatoriano y la cooperación internacional para el desarrollo. Documento de políticas*. Página 6.

*ayuda*". En este sentido, se implementan, los principios de Armonización, Apropiación, Alineación, Gestión Orientada a Resultados y Mutua responsabilidad, establecidos en dicho instrumento, como orientaciones que rigen la cooperación para el Ecuador.

Los lineamientos de la Declaración de París, pretenden que las relaciones norte-sur sean más equitativas y que la asistencia externa sea más beneficiosa y eficaz para los países del sur.

### **2.1.2 Evolución histórica de la Institucionalidad encargada de gestionar la Cooperación Internacional para el Ecuador.**

Como se ha mencionado, la cooperación internacional para el Ecuador, constituye un recurso complementario para impulsar el desarrollo económico y social de las personas y de la nación; por esta razón, desde hace varias décadas, ha sido necesaria la creación de instituciones encargadas de gestionar, impulsar y dirigir de manera provechosa, los recursos provenientes de la asistencia externa.

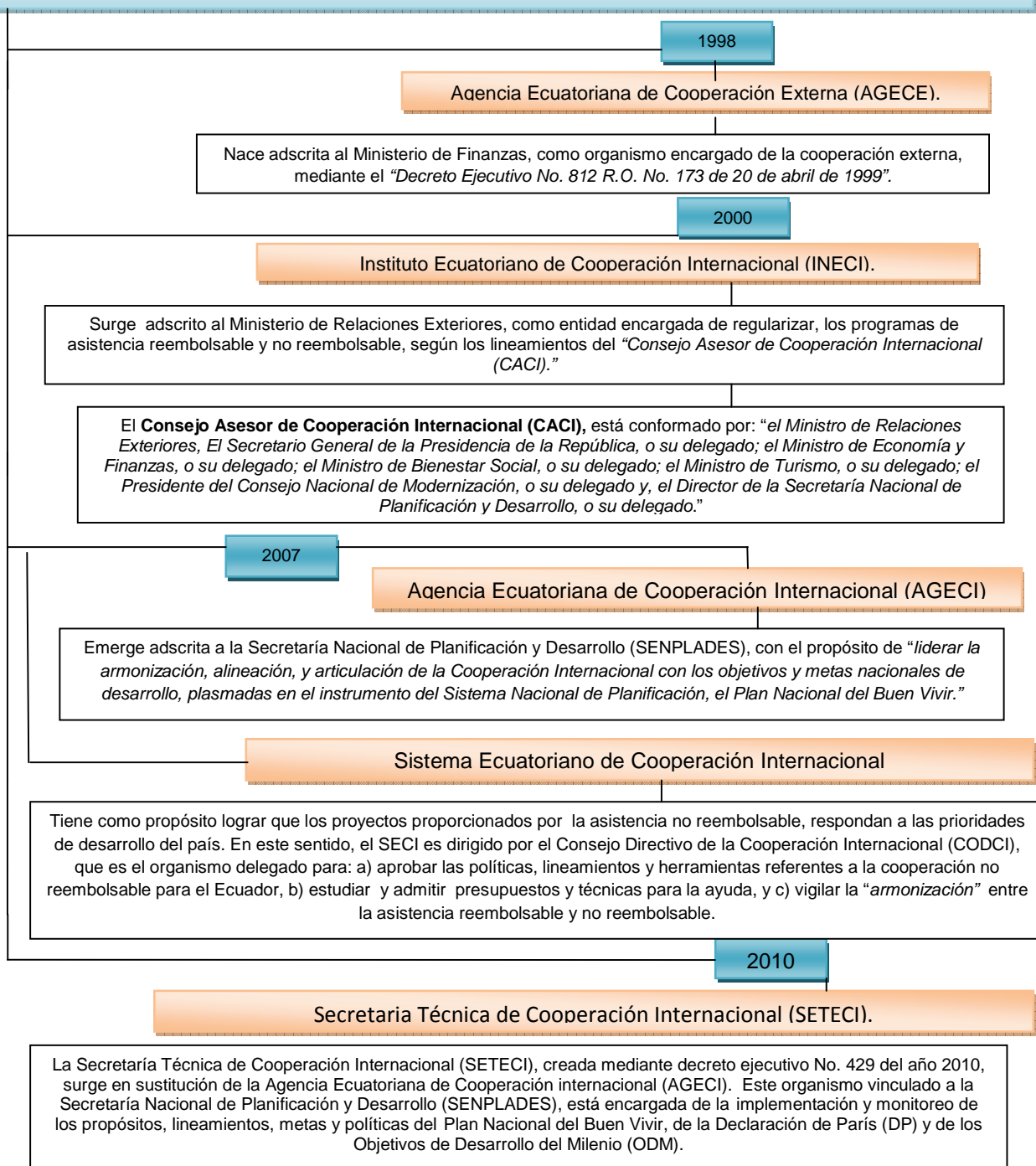
Los esfuerzos para centralizar el seguimiento y sistematizar la información sobre la cooperación internacional que recibe el Ecuador, se inician en 1974 asignando tales funciones a "*varios organismos y agencias de planificación como la ex Junta de Planificación o el Ministerio de Finanzas,*"<sup>175</sup> posteriormente se han planteado e instaurado diversas formas institucionales dentro del gobierno nacional, encargadas de la coordinación y gestión de la cooperación internacional para el Ecuador.

Para una mejor comprensión, sobre la evolución histórica de la institucionalidad encargada de gestionar la cooperación internacional para el Ecuador, se puntualiza y describe cada una de estas agencias.

---

<sup>175</sup> Instituto Ecuatoriano de Cooperación Internacional. Ministerio de Relaciones Exteriores. *Cooperación para el Desarrollo Ecuador 2003-2004*, Quito, Graficas Ortega. Página 5.

## Evolución Histórica de la institucionalidad encargada de gestionar la cooperación Internacional en el Ecuador



**Fuente:** Instituto Ecuatoriano de Cooperación Internacional. Ministerio de Relaciones Exteriores. *Cooperación para el Desarrollo Ecuador 2003-2004*, Quito, Gráficas Ortega. Página 5. Ramírez Gabriel, "El Ecuador y la Cooperación Internacional no reembolsable, promovida por las agencias del sistema de Naciones Unidas y los organismos multilaterales". Universidad Central del Ecuador. Facultad de Jurisprudencia, Ciencias Políticas y Sociales Instituto Superior de Postgrado en Ciencias Internacionales. Internet. [http://www.sela.org/attach/258/default/EL\\_ECUADOR\\_Y\\_LA\\_COOPERACION\\_INTERNACIONAL\\_GABRIEL\\_RAMIREZ.pdf](http://www.sela.org/attach/258/default/EL_ECUADOR_Y_LA_COOPERACION_INTERNACIONAL_GABRIEL_RAMIREZ.pdf) Acceso: (3 de Febrero de 2012). Página 44. Elaboración propia.

Como se puede apreciar, han sido varias las instituciones encargadas de evaluar y gestionar la cooperación internacional para el Ecuador. En la actualidad, la asistencia internacional reembolsable, para el país, está a cargo del Ministerio de Economía y Finanzas, y la no reembolsable está gestionada por la AGECI, hoy denominada como la Secretaría Técnica de Cooperación Internacional (SETECI).<sup>176</sup>

La SETECI, pone énfasis en la asistencia de tipo no reembolsable, debido a los nuevos lineamientos para la cooperación internacional para el país. La ayuda no reembolsable está comprendida como *“un complemento a los esfuerzos del gobierno nacional,”*<sup>177</sup> pues se orienta al cumplimiento del plan de desarrollo y al ordenamiento territorial, según lo estipulado en el **Código Orgánico de Planificación y finanzas Públicas Art. 67.**<sup>178</sup>

Es así que, la cooperación no reembolsable, responde a los nuevos principios de cooperación internacional para el Ecuador, los cuales se encaminan a la complementariedad y a la mutua responsabilidad entre los actores, dejando de lado las tradicionales condicionalidades políticas y económicas establecidas por los donantes, y las obligaciones con los prestamistas internacionales.

### 2.1.3 Evolución de la Ayuda Oficial al Desarrollo para el Ecuador.

Continuando, con la investigación, en este subcapítulo, se analizará la evolución de flujos de cooperación internacional hacia el país, durante lo que va del presente siglo, a fin de identificar los sectores mayormente beneficiados y los principales donantes.

---

<sup>176</sup> RENGIFO, Cecilia, *“Cooperación Internacional Bilateral para el mejoramiento de la competitividad de las MIPYMES del Ecuador en el periodo 2000-2008: Elementos decisivos en el éxito o fracaso del programa “Public and private partnership” de la GTZ,* PUCE, 2010.T 309.223r293c.Página 80.

<sup>177</sup> Ramírez Gabriel, *“El Ecuador y la Cooperación Internacional no reembolsable, promovida por las agencias del sistema de Naciones Unidas y los organismos multilaterales”.* Universidad Central del Ecuador. Facultad de Jurisprudencia, Ciencias Políticas y Sociales Instituto Superior de Postgrado en Ciencias Internacionales. Internet.  
[http://www.sela.org/attach/258/default/EL\\_ECUADOR\\_Y\\_LA\\_COOPERACION\\_INTERNACIONAL\\_GABRIEL\\_RAMIREZ.pdf](http://www.sela.org/attach/258/default/EL_ECUADOR_Y_LA_COOPERACION_INTERNACIONAL_GABRIEL_RAMIREZ.pdf) Acceso: (3 de Febrero de 2012). Página 48.

<sup>178</sup> *Ibíd.* Página 156.

En el año 2000, la cooperación internacional para el Ecuador fue de \$722.9 millones, de este monto, \$602.9 millones corresponden a la asistencia reembolsable, y \$119.8 millones a la ayuda no reembolsable.

El monto total asignado para el Ecuador, durante el 2000, permitió la realización de varios programas en sectores como la salud, educación, desarrollo social, agricultura, ayuda alimentaria y proyectos de inversión.<sup>179</sup>

Los principales donantes de la AOD, para el Ecuador durante este año, fueron: a) el Gobierno de Japón a través de su agencia de cooperación JICA con un aporte de \$26.8 millones, b) Estados Unidos, con una participación de \$17 millones, dirigidos hacia varios programas de integración fronteriza, salud, biodiversidad y el área de justicia,<sup>180</sup> y c) el Gobierno Alemán, con una asistencia de \$8.7 millones de dólares, para "*investigaciones agropecuarias, manejo sustentable de los recursos naturales y fortalecimiento de los gobiernos locales*."<sup>181</sup>

En lo que respecta a la Cooperación Técnica entre los Países en Desarrollo (CTPD), durante el 2000, se llevaron a cabo varios programas de desarrollo, intercambio de expertos y de capacitación técnica. Proporcionalmente, los principales cooperantes de esta asistencia horizontal, fueron: Argentina (43%), Chile (26%), Brasil (13%) y México junto a Cuba (12%).

En el 2005, el monto de cooperación internacional para el Ecuador alcanzó los \$594.75 millones (\$364.2 millones corresponden a préstamos exteriores<sup>182</sup>, y \$230.55 millones a la cooperación no reembolsable.)<sup>183</sup>

---

<sup>179</sup> Ramírez Gabriel, "*El Ecuador y la Cooperación Internacional no reembolsable, promovida por las agencias del sistema de Naciones Unidas y los organismos multilaterales*". Universidad Central del Ecuador. Facultad de Jurisprudencia, Ciencias Políticas y Sociales Instituto Superior de Postgrado en Ciencias Internacionales. Internet.

[http://www.sela.org/attach/258/default/EL\\_ECUADOR\\_Y\\_LA\\_COOPERACION\\_INTERNACIONAL\\_GABRIEL\\_RAMIREZ.pdf](http://www.sela.org/attach/258/default/EL_ECUADOR_Y_LA_COOPERACION_INTERNACIONAL_GABRIEL_RAMIREZ.pdf) Acceso: (3 de Febrero de 2012). Página 45.

<sup>180</sup> *Ibíd.* Página 49.

<sup>181</sup> *Ibíd.* Página 49.

<sup>182</sup> Los mayores cooperantes de la ayuda reembolsable, fueron la CAF, España, el BIRF y el BID. En Instituto Ecuatoriano de Cooperación Internacional. Ministerio de Relaciones Exteriores. *Cooperación para el Desarrollo Ecuador 2005*, Quito, Graficas LIDAR. Página 31.

La cooperación no reembolsable bilateral en el 2005, fue empleada para el desarrollo de varios proyectos y programas. Los principales donantes fueron: a) *USAID*, con \$35.65 millones, para desarrollo local, gobernabilidad, medioambiente, entre otros; b) Japón, con una aportación para el Ecuador de \$26.92 millones, para programas de medioambiente, pueblos indígenas y afroecuatorianos; y c) Bélgica, Holanda, Suiza y España, que aportaron \$ 28.74 millones.

La CSS para el Ecuador, durante el año 2005, fortaleció los procesos de capacitación y asistencia técnica con varios países del sur, mediante programas de becas y pasantías, en temas de educación, tecnología y la ciencia.<sup>184</sup>

Para completar, el panorama general sobre la evolución de las tendencias de cooperación internacional en el Ecuador, analizaremos la asistencia internacional para el país durante el período 2007- 2009.<sup>185</sup>

**CUADRO N° 1**  
**Desembolsos período 2007 – 2010/ Cooperación no reembolsable para el Ecuador en millones de dólares**

2007	2008	2009	2010
\$ 262.77	\$ 369.97	\$ 349.90	\$ 372.73

Fuente: Secretaria Técnica de Cooperación Internacional (SETECI). Informe de Cooperación Internacional No Reembolsable en el Ecuador 2010 – 2011. Página 81.

<sup>183</sup> Este año, se produce una **disminución de la asistencia reembolsable** en un 56%, debido a que, se firman menos créditos de tipo multilateral en comparación al año 2003.

<sup>184</sup> Durante el 2005, países del sur, como Argentina y Chile, ejecutaron varios proyectos en el país, con el propósito de impulsar la cooperación técnica. En. Instituto Ecuatoriano de Cooperación Internacional. Ministerio de Relaciones Exteriores. *Cooperación para el Desarrollo Ecuador 2005*, Quito, Graficas LIDAR. Página 143.

<sup>185</sup> **El monto de cooperación no reembolsable** para el Ecuador en el año 2011, no se encuentran disponible, debido a que la Secretaria Técnica de Cooperación Internacional (SETECI), se encuentra en un proceso de actualización de la información 2011 - 2012, por lo que aún no existen cifras definitivas del año 2011 ni tampoco un aproximado. La tendencia relativa de los datos estadísticos no varía, se mantiene de forma similar con ligeras fluctuaciones.

Según la Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional (AGECI), durante el período 2007-2009, se han realizado 2.027 proyectos de ayuda no reembolsable, por una cifra de \$1.363.64 millones, procedentes de fuentes oficiales<sup>186</sup> y no oficiales.

Los principales donantes de la asistencia para el Ecuador, son los cooperantes bilaterales: “Estados Unidos, China, Corea, Francia, Luxemburgo, Brasil, Noruega, Colombia, Dinamarca, Singapur, Australia, Austria, Finlandia, China, Países Bajos, Panamá, Chile, Canadá, Suecia, Cuba, Uruguay, Argentina y México.”<sup>187</sup>

La cooperación multilateral también brindó asistencia al país, con una aportación de \$526.31 millones, asignados para el desarrollo de 533 proyectos a nivel nacional. De manera similar, el aporte de las ONG’s, que fue de \$ 262.57 millones, permitió la ejecución de 929 programas en varias regiones del país.

Dentro de este contexto, según la “Constitución de la República y el Decreto Presidencial N°778, del 18 de Enero de 2008”, los recursos de cooperación no reembolsable, para el período 2007-2009, se debían distribuir, de acuerdo a los lineamientos del Sistema Nacional de Planificación y la inversión pública. En este sentido, existen “siete regiones geográficamente administrativas y de planificación, más una suscripción especial, que corresponde al territorio de Galápagos.”<sup>188</sup>

Las regiones con mayor intervención de cooperación no reembolsable durante el período 2007-2009, pertenecen a la Región 1, con 377 proyectos y un monto plurianual<sup>189</sup> de

---

<sup>186</sup> “Se entiende como **fuentes oficiales**: si los recursos son de gobierno a gobierno, o de multilateral a gobierno, todo lo cual forma parte de un convenio oficial firmando entre el cooperante y el órgano competente de las relaciones internacionales de un país.” En Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional (AGECI). Informe de Cooperación Internacional No Reembolsable en el Ecuador 2007-2009. Quito, Graphus, mayo 2010. Página 47.

<sup>187</sup> Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional (AGECI). Informe de Cooperación Internacional No Reembolsable en el Ecuador 2007-2009. Quito, Graphus, mayo 2010. Página 47.

<sup>188</sup> *Ibíd.* Página 51.

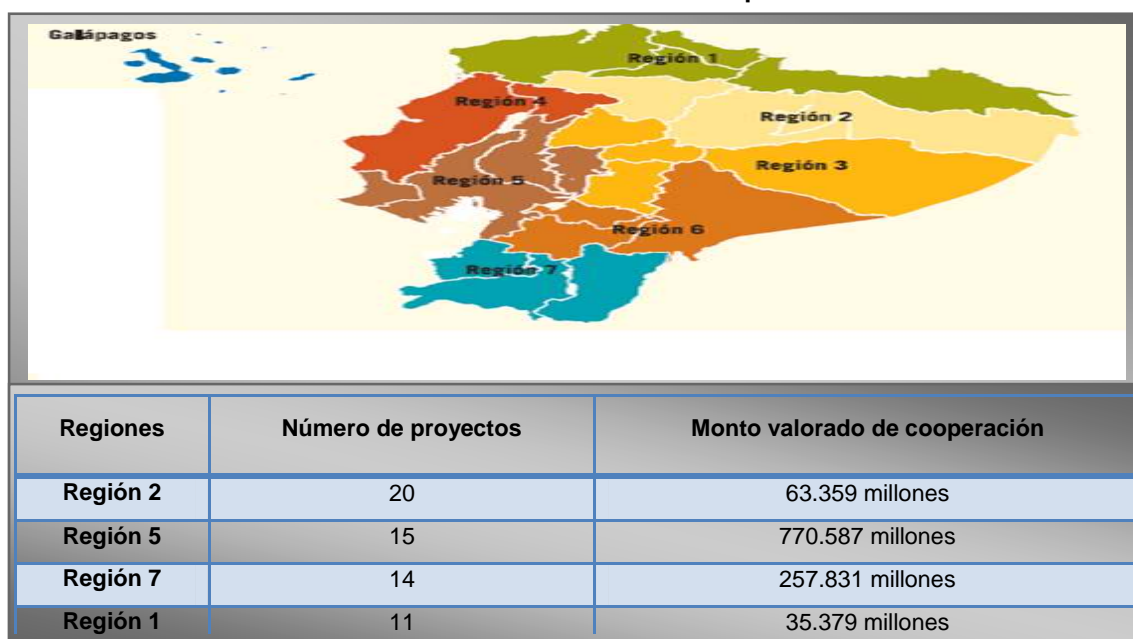
<sup>189</sup> El **monto plurianual** es entendido como: “el aporte financiero no reembolsable total de la cooperación, para la ejecución de los proyectos que se encuentran vigentes.” En Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional (AGECI). Informe de Cooperación Internacional No Reembolsable en el Ecuador 2007-2009. Quito, Graphus, mayo 2010. Página 47.

\$197.974.754, le sigue la Región 2, con 369 intervenciones con un valor de 80.140.276 y la Región 3 con 317 programas con un desembolso total de 80.913.843.<sup>190</sup> Ver Anexo 15.

En relación a la Cooperación Sur-Sur, según la Secretaría Técnica de Cooperación Internacional (SETECI), durante el período de 2007-2010, se llevaron a cabo 129 proyectos.<sup>191</sup> Los principales sectores beneficiados de este tipo de asistencia fueron: el área productiva, administrativa, educación, salud, desarrollo social, medioambiente, asuntos del exterior, cultura, deportes, ciencia y tecnología.

El monto de estas intervenciones fue de \$24.806.033 millones, siendo el área de desarrollo productivo la que mayor aportación ha recibido. En cuanto, a la distribución geográfica, las regiones que tuvieron mayor número de intervenciones sur-sur en el Ecuador, durante el período 2007-2010, son las siguientes:

**CUADRO N°2**  
Intervenciones sur-sur en el Ecuador durante el período 2007- 2010.



Fuente: Secretaría Técnica de Cooperación Internacional (SETECI). *La cooperación sur – sur en cifras en el Ecuador*. Página 3.

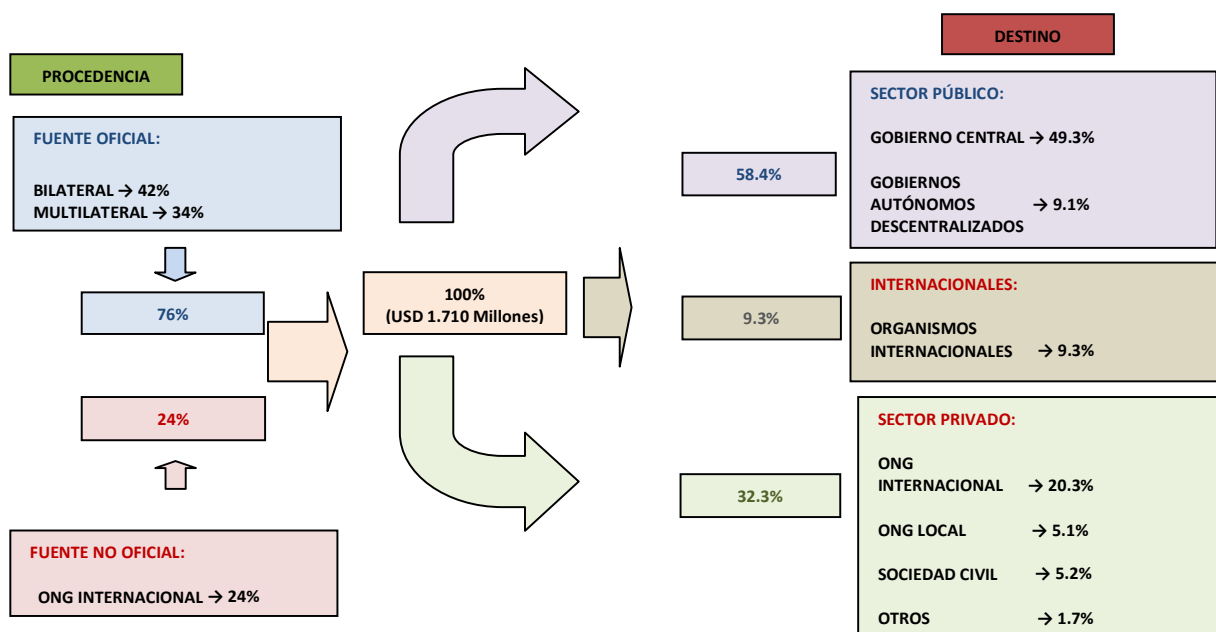
<sup>190</sup> Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional (AGECI). *Informe de Cooperación Internacional No Reembolsable en el Ecuador 2007-2009*. Quito, Graphus, mayo 2010. Página 53.

<sup>191</sup> Secretaría Técnica de Cooperación Internacional (SETECI). *La cooperación sur – sur en cifras en el Ecuador*. Página 1.

Según la Secretaría Técnica de Cooperación Internacional (SETECI), la distribución territorial de la CSS difiere mucho de la tradicional CNS. Por ejemplo, el 65% de los recursos económicos de la asistencia vertical, se destina a “*intervenciones de cobertura territorial*” y el 35% se invierte en “*operaciones de cobertura nacional*.”<sup>192</sup> Muy contrariamente, a esto, en la cooperación horizontal sur-sur, el 95% de aportaciones se dirigen hacia “*procedimientos de cobertura nacional*” y el 5% restante a las “*acciones a nivel territorial*.”<sup>193</sup>

Esta particularidad, según la SETECI, tiene que ver con la “*dinámica de gestión*” de la CSS y de la CNS. Como se puede observar en los cuadros 3 y 4, los aportes de asistencia sur-sur, proceden de fuentes bilaterales y triangulares (oficiales), y se dirigen hacia el sector público en mayor proporción,<sup>194</sup> mientras que, en la tradicional CNS los montos de ayuda, provienen de fuentes oficiales y no oficiales, y se asignan al sector público, al privado y organismos internacionales.<sup>195</sup>

**CUADRO N°3**  
**Dinámica de Gestión de la Cooperación Norte – Sur en el Ecuador período 2007-2010.**

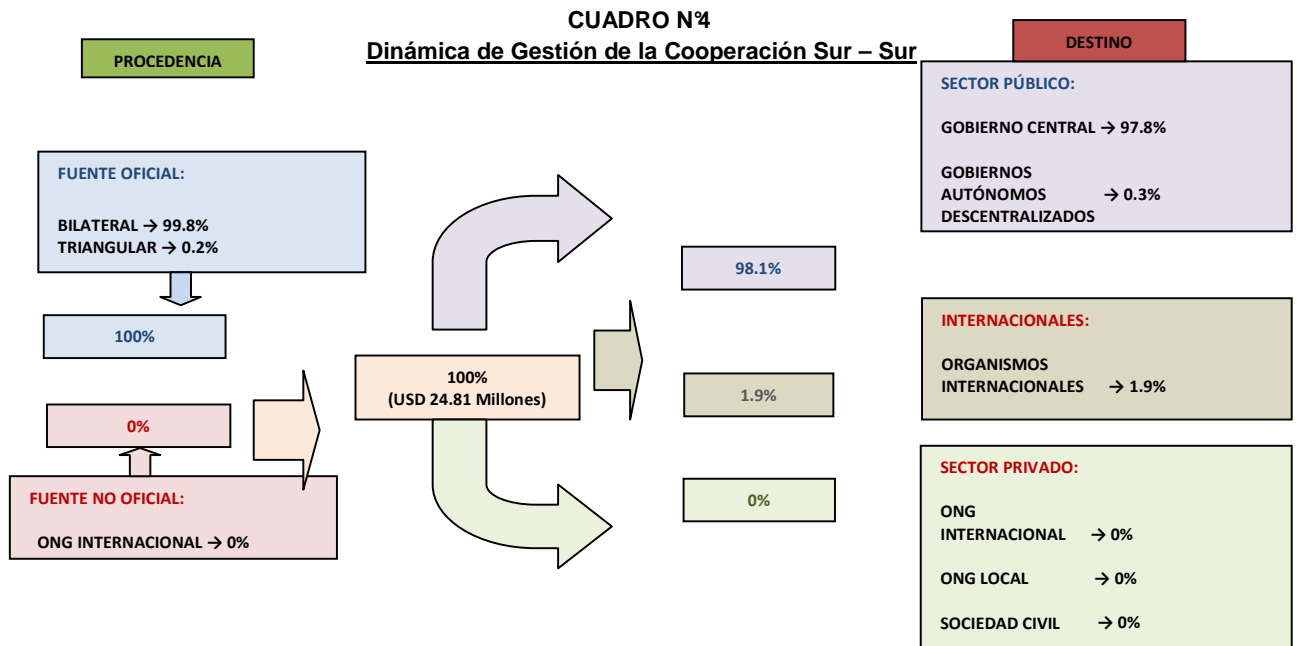


<sup>192</sup> Secretaría Técnica de Cooperación Internacional (SETECI). *La cooperación sur – sur en cifras en el Ecuador*. Página 3.

<sup>193</sup> *Ibíd.* Página 3.

<sup>194</sup> *Ibíd.* Página 4.

<sup>195</sup> *Ibíd.* Página 4.



**Fuente:** Secretaria Técnica de Cooperación Internacional (SETECI). *La cooperación sur – sur en cifras en el Ecuador.*

Finalmente, en el año 2010, el monto de cooperación no reembolsable para el Ecuador fue de \$ 372.73 millones, los tres sectores sociales que mayores aportaciones recibieron son: desarrollo social, educación y ambiente.

Para este año, las principales fuentes de cooperación son bilaterales con una participación de 40.3%, seguida de la asistencia multilateral con un 32.6% y ONG con 23.3% de apoyo. Entre los cooperantes más relevantes se encuentran; la Comisión Europea, España, Estados Unidos y las Naciones Unidas (ONU).

## 2.2 Ayuda Oficial al Desarrollo en Salud (AODS)

### 2.2.1 Evolución de la Cooperación Internacional en Salud.

*“Una lección importante que se aprende en el ámbito de la salud es que, de alguna manera, todos los países tienen algo que ofrecer, por una parte, y algo que recibir, por otra.”*

**José Gómez Temporão.**<sup>196</sup>

Después de la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año de 1948, el 10 de Diciembre de este año, la Asamblea General de las Naciones Unidas, aprueba la Declaración Universal de Derechos Humanos, siendo la salud uno de los derechos fundamentales<sup>197</sup>, según el Artículo 25.<sup>198</sup>

A partir de este hecho, el “*derecho a la salud*” debe ser tratado como un derecho fundamental de todo ser humano, sin distinción de raza, género o condición económica y social.<sup>199</sup> Así mismo demanda que, los estados sean los responsables de generar condiciones adecuadas para vivir dignamente y poner al alcance de todas las personas la salud, sin “*condiciones políticas ni sociales.*”<sup>200</sup> Desde esta perspectiva, le concierne a toda la comunidad internacional, valorar a “*la salud como un bien público global.*”<sup>201</sup>

---

<sup>196</sup> Asesoría de Asuntos Internacionales de Salud (AISA). Boletín de la actualización internacional brasileña en salud. Brasilia, Charbel Gráfica, Edición n°1, 2009. Página 5.

<sup>197</sup> **Los derechos fundamentales:** “*Son inherentes a la persona humana y por nada le pueden ser arrebatados, es obligación de todos respetar los derechos de cada uno de los individuos.*” En Fundación Menonita Colombiana para el Desarrollo – MENCOLDES. LA SALUD:DERECHO FUNDAMENTAL. Internet. <http://www.disasterinfo.net/desplazados/informes/mencoldes/13/boletin13.pdf> f. Acceso: (5 de Enero de 2012). Página 10

<sup>198</sup> De acuerdo con el **Artículo 25 de la Declaración Universal de Derecho Humanos:** “*Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.*” En Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derecho Humanos. Internet: <http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml>. Acceso (20 de Enero de 2012).

<sup>199</sup> Organización Mundial de la Salud. Trabajar en pro de la salud. Internet [http://www.who.int/about/brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/about/brochure_es.pdf). Acceso: (3 de Julio de 2011).

<sup>200</sup> Medicusmundi. La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2011. Internet. [http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos\\_Informe\\_Salud\\_2011\\_6dee5317%232E%23pdf](http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_Informe_Salud_2011_6dee5317%232E%23pdf). Acceso: (5 de Febrero de 2011). Página 55.

<sup>201</sup> *Ibíd.* Página 55.

En el año 1978, después de la Declaración sobre el establecimiento de un Nuevo Orden Económico Internacional (NOEI 1974)<sup>202</sup>; se lleva a cabo, en la ciudad de Kazajistán la Conferencia Internacional de Alma Ata, convocada por la OMS y el Fondo de la Naciones Unidas (UNFPA).

En esta reunión, 134 países y 67 organismos internacionales reconocen la existencia de disparidades en la salud de la población, especialmente entre los países desarrollados y las naciones con menores niveles de desarrollo, y proponen un nuevo paradigma de salubridad conocido como “**salud para todos en el año 2000**”. Este propósito, estaba encaminado a que “*todos los pueblos del mundo alcancen en este año un nivel de sanidad que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.*”<sup>203</sup> Con esta intención, durante la Declaración de Alma Ata, se formula una *nueva política sanitaria*, basada en la estrategia Atención Primaria de Salud (APS).

La APS, es una *estrategia global de salud*, que pretende dar solución a la mayoría de dificultades sanitarias en todo el mundo y está basada, en los principios de accesibilidad, coordinación e integralidad de los sistemas sanitarios.

No obstante, luego de la década de los 90, varias naciones en el mundo no garantizaron el acceso universal a la salud como derecho humano fundamental, incrementando las inequidades,<sup>204</sup> en especial en los países con menores niveles de desarrollo.

Por ejemplo, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): en 1995, las naciones con menores niveles de productividad, tenían los índices más elevados de

---

<sup>202</sup> Durante la **VI Reunión de las Naciones Unidas**, en el año de 1974, se lleva a cabo el establecimiento de un Nuevo Orden Internacional (NOEI). El NOEI, pretendía transformar el viejo Orden Económico Internacional propuesto durante el año de 1944. Los Objetivos del NOEI, estaban encaminados a: el cumplimiento de los objetivos de asistencia; lograr que los países tengan soberanía económica y distribuir de mejor manera los recursos y la riqueza de las naciones, entre otros. En Talavera Pedro. *La Ayuda al Desarrollo y un Nuevo Orden Económico Internacional*. Internet: [http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/A/ayuda\\_desarrollo.pdf](http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/A/ayuda_desarrollo.pdf). Página 1. Acceso: (23 de enero de 2012).

<sup>203</sup> Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al desarrollo. *Atención Primaria de Salud (APS)*. Internet. <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/16>. Acceso: (5 de Diciembre de 2011).

<sup>204</sup> La **desigualdad económica y social** es otra de las principales causas para que millones de personas en los diferentes países y grupos sociales, no puedan acceder a la más mínima atención sanitaria debido a los costos prohibitivos para el acceso a los servicios de salud. En Organización Mundial de la Salud (OMS). *Desigualdades en salud*. Internet [http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be\\_v25n4-desigual\\_salud.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v25n4-desigual_salud.htm). Acceso: (2 de Julio de 2011).

mortalidad materna.<sup>205</sup> Por cada 1000 niños menores a los cinco años de edad, 93 fallecían. La mayor parte de estas muertes ocurrían en las regiones en desarrollo.<sup>206</sup>

Siguiendo esta línea, según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) 2010: en el año de 1990, el número de personas infectadas por VIH fue de 8 millones,<sup>207</sup> las regiones más propensas a adquirir este virus, fueron los países con menores niveles de desarrollo, por el limitado acceso a medicamentos y tratamientos para la detención del virus.

Todos estos factores, promovieron en el mundo la necesidad de generar nuevos mecanismos de financiación para este sector social; por ello, en el año 2000, la importancia de la Salud fue tal, que los ODM,<sup>208</sup> hacen referencia a la salud en tres de sus objetivos, asociando directamente el desarrollo con los niveles de sanidad.

En la actualidad, el compromiso de la comunidad internacional gira en torno a dos propósitos: a) el cumplimiento de las metas de asistencia para el desarrollo; y b) la consecución de los ODM.

## 2.2.2 La Ayuda Oficial al Desarrollo en Salud (AODS).

La ayuda oficial al desarrollo en salud, es la parte de la asistencia reembolsable y no reembolsable, destinada a la cooperación sanitaria. De acuerdo a la clasificación dada por el CAD, la AODS se divide en tres subsectores: a) salud general, b) salud básica, y c) políticas de población y salud reproductiva.

---

<sup>205</sup> Fondo de las Naciones Unidas para Infancia. (UNICEF). *Mortalidad derivada de la maternidad*. Internet. [http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreportpdf/09\\_MaternalMortality\\_D7341Insert\\_Spanish.pdf](http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreportpdf/09_MaternalMortality_D7341Insert_Spanish.pdf). Acceso: (6 de Febrero de 2012).

<sup>206</sup> Fondo de las Naciones Unidas para Infancia (UNICEF). *El objetivo: reducir la mortalidad infantil*. Internet. <http://www.unicef.org/spanish/mdg/childmortality.html>. Acceso: (6 de Febrero de 2012).

<sup>207</sup> International HIV & AIDS charity. *Cálculos de VIH/SIDA mundial*. Internet: <http://www.avert.org/estadisticas-sida.htm>. Acceso: 12 de Noviembre de 2011.

<sup>208</sup> "Los **ODM** dejan sin cubrir muchas de las necesidades de salud, porque no abordan de forma integral y no se explica que estrategias son las adecuadas para conseguir los compromisos."<sup>208</sup> En Médicosmundi. *La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2011*. Internet. [http://www.prosalus.es/gestor/imgsvr/publicaciones/doc/Informe\\_Salud\\_2011\\_web2.pdf](http://www.prosalus.es/gestor/imgsvr/publicaciones/doc/Informe_Salud_2011_web2.pdf). Acceso: (8 de Enero de 2012). Página 52.

Desde el año 1990 se ha incrementado el porcentaje de AOD para la salud, en un 5.4% anual,<sup>209</sup> hasta llegar al 12.57% en el 2009.<sup>210</sup>

Para una mejor comprensión, de estos porcentajes, analizaremos la ayuda oficial al desarrollo para el sector de la salud, durante el período 2000-2007, tomando en cuenta los principales sectores favorecidos, los donantes más relevantes y las regiones mayormente beneficiadas de la AODS.

En el 2000, el monto total de la AOD, fue de \$50.327 millones, de esta cifra \$1.630.83 millones se destinaron a la salud. Los mayores cooperantes fueron: Japón, Reino Unido y Estados Unidos. A partir de este año, la ayuda bilateral empieza a incrementarse, favoreciendo mayoritariamente al subsector de políticas de población y salud reproductiva.

Para el 2001, la AODS, tiene un monto de \$1.741.14 millones y aumenta el apoyo a políticas de población y salud reproductiva seguido de salud general y salud básica. Además, durante este año, la OMS establece que la orientación de esta asistencia, debe dirigirse hacia los países con menores niveles de desarrollo,<sup>211</sup> favoreciendo a África.

En el 2001, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), crea el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, Tuberculosis y la Malaria (FMSTM).<sup>212</sup> Aquí, los miembros del CAD se

---

<sup>209</sup> Salud en las Américas. Capítulo 5 Salud y Cooperación Internacional. Internet:<http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Cap%2005.pdf>. Página 6. Acceso (8 de enero de 2012).

<sup>210</sup> Médicosmundi. La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2011. Internet:[http://www.prosalus.es/gestor/imgsvr/publicaciones/doc/Informe\\_Salud\\_2011\\_web2.pdf](http://www.prosalus.es/gestor/imgsvr/publicaciones/doc/Informe_Salud_2011_web2.pdf). Acceso: (8 de Enero de 2012). Página 21.

<sup>211</sup> Médicosmundi. La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2005. Internet:[http://www.prosalus.es/gestor/imgsvr/publicaciones/doc/Informe\\_Salud\\_2005\\_web2.pdf](http://www.prosalus.es/gestor/imgsvr/publicaciones/doc/Informe_Salud_2005_web2.pdf). Acceso: (8 de Enero de 2012). Página 80.

<sup>212</sup> **“El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria**, cuya junta directiva está integrada por representantes de los países receptores, donantes, ONG, empresas, fundaciones, organizaciones internacionales y de las comunidades afectadas, ha constituido desde su creación en 2002 una de las más importantes fuentes financieras de la ayuda en salud.” En: Salud en la Américas 2007. Salud y Cooperación Internacional. Internet:<http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Cap%2005.pdf> Acceso: (4 de Febrero de 2012.)Página 2.

comprometieron a destinar 13 mil millones de dólares anuales para este propósito. Sin embargo, hasta la actualidad, “solo se han hecho efectivos 350 millones al año.”<sup>213</sup>

Continuando, con el análisis, en el período 2002 y 2004, la AODS fue de \$ 8.580 millones. La región más favorecida continuó siendo África, recibió el 45% de esta asistencia, le sigue América Latina y el Caribe que receptaron solo el 17% del total de ayuda para salud.

En cuanto, a los principales donantes de asistencia para el sector salud, en el período 2000-2004, Reino Unido junto a Estados Unidos, siguen figurando como los mayores cooperantes a nivel mundial. Cabe señalar que las contribuciones de Estados Unidos alcanzaron los \$1 026.3 millones.<sup>214</sup>

Para el período 2005-2007, los desembolsos para la salud fueron de \$ 8.044 millones, durante estos años, los tres subsectores que reciben cooperación sanitaria, empiezan a tener variaciones.

Por ejemplo, en el año 2005, la AODS bilateral para salud general fue del 19,79 %, y en el 2007 desciende al 13,07% del total de la asistencia sanitaria.

De manera similar, la parte de la AODS bilateral destinada hacia salud básica, disminuye pasando de 32,27% en el 2005 al 30,32% en el 2007. Muy contrariamente a esta situación, los recursos, destinados a salud reproductiva, desde el año 2005, hasta el 2007, ascienden al 56.61% del total de la asistencia sanitaria.<sup>215</sup>

---

<sup>213</sup> Médicosmundi. *La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2008.* Internet. [http://www.prosalus.es/gestor/imgsvr/publicaciones/doc/Informe\\_Salud\\_2008\\_web2.pdf](http://www.prosalus.es/gestor/imgsvr/publicaciones/doc/Informe_Salud_2008_web2.pdf). Acceso: (8 de Enero de 2012). Página 40.

<sup>214</sup> Salud en la Américas 2007. *Salud y Cooperación Internacional.* Internet. <http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Cap%205.pdf> Acceso: (4 de Febrero de 2012.)Página 11.

<sup>215</sup> Médicosmundi. *La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2010.* Internet. [http://www.unad.org/upload/95/10/Salud\\_cooperacion.pdf](http://www.unad.org/upload/95/10/Salud_cooperacion.pdf). Acceso: (8 de Febrero de 2012). Página 103.

Las principales regiones receptoras de la asistencia para el sector de la salud durante el período 2005-2007, fueron África y Asia. La AODS bilateral, tiene como destino la entrega del mayor porcentaje de sus fondos a los países de renta baja.<sup>216</sup>

En ocasiones, los recursos de la AOD para el sector de la salud, no son dirigidos hacia los sectores que más los necesitan, por ejemplo, en América Latina y el Caribe, más del 50% de problemas en salud, son a causa de enfermedades no transmisibles, pese a esto, solamente el 27% de los fondos de cooperación sanitaria son otorgados a esta región para combatir estas enfermedades.<sup>217</sup>

### **2.3 Ayuda Oficial en Salud para el Ecuador.**

El Ecuador es uno de los 20 países de América latina, con mayores desigualdades en materia de salud, debido a los siguientes factores:

- Inequidad en el acceso a servicios sanitarios adecuados. Según ENDEMAIN 2004; solo el 19.2% de la población cuenta con un seguro médico.<sup>218</sup>
- La estructura del sistema sanitario es fragmentado, debido a la proliferación de varios proveedores de salud, como son, el Seguro Social - IESS, el Ministerio de Salud, las ONG's, los seguros privados, entre otros.
- Escasez de personal especializado en atención primaria de salud.

A nivel mundial: El Ecuador ocupa el puesto 83, según la clasificación del Índice de Desarrollo Humano (IDH) 2011<sup>219</sup> y es considerado como un país de ingresos medios altos,

---

<sup>216</sup> Médicosmundi. *La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2010.* Internet. [http://www.unad.org/upload/95/10/Salud\\_cooperacion.pdf](http://www.unad.org/upload/95/10/Salud_cooperacion.pdf). Acceso: (8 de Febrero de 2012). Página 105.

<sup>217</sup> Salud en la Américas 2007. *Salud y Cooperación Internacional.* Internet. <http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Cap%205.pdf>. Acceso: (4 de Febrero de 2012.)Página 2.

<sup>218</sup> ENDEMAIN 2004. Uso de servicios de Salud. Internet. [http://www.cepar.org.ec/endemain\\_04/nuevo05/informe/ser\\_salud/salud1.htm](http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/informe/ser_salud/salud1.htm). Acceso: (8 de Enero de 2012).

<sup>219</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe sobre Desarrollo Humano 2011.* Internet. <http://hdr.undp.org/es/estadisticas/>. Acceso: 6 de Septiembre 2012.

según la lista del CAD/OCDE 2010.<sup>220</sup> De acuerdo con esta información, el Ecuador es un país elegible para recibir los fondos de la ayuda oficial al desarrollo para el sector de la salud. En este sentido, los recursos de la AODS, deben encaminarse a promover la *buena salud*, generando políticas de equidad, como condiciones necesarias para lograr el desarrollo sostenible en nuestra nación.

Según el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2010, el Estado Ecuatoriano debe garantizar la universalidad de los servicios públicos de salud, en concordancia con el **Objetivo 3** que se refiere a: **Aumentar la esperanza y la calidad de vida de la población**, los montos de la AODS deben encaminarse a la ejecución de proyectos prioritarios para el país.<sup>221</sup> Para estos propósitos, el Ministerio de Salud, es la institución encargada de establecer las áreas prioritarias de cooperación sanitaria.

## 1.

### 2.3.1 Flujos de la Ayuda Oficial al Desarrollo para el sector de la Salud en el Ecuador, años 2000, 2004, y período 2007-2009.

La orientación de la AOD, para el Ecuador durante el 2000, estaba encaminada a elevar las condiciones de vida de la población, en este sentido, la AOD para el sector de la salud, fue de \$11.040 miles de dólares de cooperación no reembolsable, y \$8.281 millones de asistencia reembolsable. Con estos recursos se ejecutaron 7 proyectos, por un monto total de \$ 1.258 miles de dólares.<sup>222</sup>

Los principales donantes de la AODS para el Ecuador en este año fueron:

- Bélgica, por considerar que la salud es área prioritaria de su asistencia; en el 2000, se lleva a cabo el proyecto "*Fortalecimiento del Sistema de Salud Aplicando la Estrategia de Atención Primaria de Salud*".

---

<sup>220</sup> Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Internet. <http://www.oecd.org/dac/aidstatistics/48858205.pdf>. Acceso: 6 de Septiembre de 2012.

<sup>221</sup> Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010. Página 374 y 403.

<sup>222</sup> Instituto Ecuatoriano de Cooperación Internacional (INECI). Ministerio de Relaciones Exteriores. *Ecuador 2000. Cooperación para el Desarrollo*, Quito, PRINTER GRAPHIC. Página 46 y 47.

- España: por medio de su Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), ejecutó el “*Proyecto Unidad de Atención Integral para adolescentes embarazadas en el Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora*”.

En el 2005, el monto de cooperación no reembolsable para la salud en el Ecuador, fue de \$24.41 millones de dólares.<sup>223</sup>

Los principales cooperantes bilaterales para el sector de la salud en el Ecuador en este año, fueron: México, Bélgica, la Comisión Europea, Suiza, España e Italia.

En cuanto, a los recursos de la asistencia multilateral, la salud, figuró como área prioritaria. No obstante, para las ONG’s, el sector sanitario no fue un sector preferente para sus desembolsos.<sup>224</sup>

En el período 2007-2009, se ejecutaron 228 proyectos de la salud en el Ecuador, con un monto 129.249.803.30 millones.<sup>225</sup>

### CUADRO N°5

#### Desembolsos de Cooperación no Reembolsable hacia el sector de la salud en el Ecuador período 2007- 2010

2007	2008	2009	2010
\$ 24.454.932,83	\$ 41.178.243,31	\$ 63.616.627,16	\$ 28.985.223,14

Fuente: Elaboración propia. Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional (AGECI). *Informe de Cooperación Internacional No Reembolsable en el Ecuador 2007-2009*. Quito, Graphus, Mayo 2010. Página 100. Secretaria Técnica de Cooperación Internacional (SETECI). Informe de Cooperación Internacional No Reembolsable en el Ecuador 2010 – 2011. Página 93.

El monto plurianual durante el período 2007-2009 es de \$299.41 millones, de esta cifra \$147.87 millones han sido desembolsados para la ejecución de varios proyectos y programas. Entre los principales, podemos mencionar los siguientes:

<sup>223</sup> Instituto Ecuatoriano de Cooperación Internacional. Ministerio de Relaciones Exteriores. *Cooperación para el Desarrollo Ecuador 2005*, Quito, Graficas LIDAR. Página 95.

<sup>224</sup> *Ibíd.* Página 39.

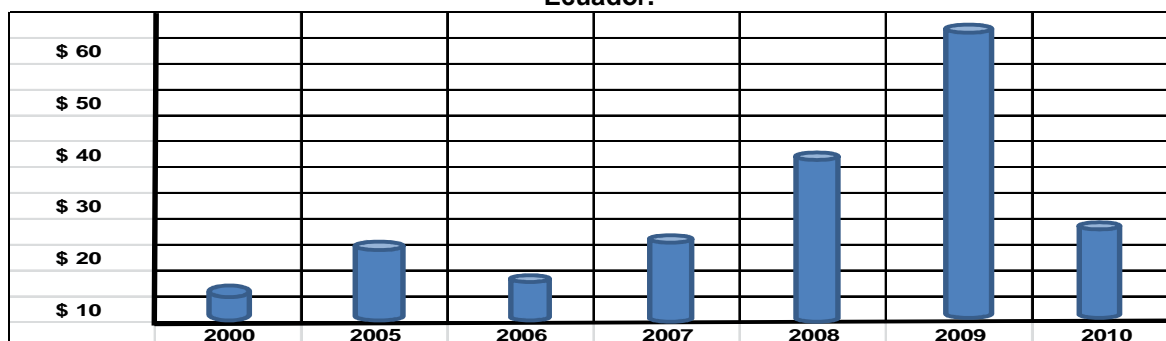
<sup>225</sup> Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional (AGECI). *Informe de Cooperación Internacional No Reembolsable en el Ecuador 2007-2009*. Quito, Graphus, mayo 2010. Página 100.

- "Programa de Apoyo al Sector Salud en el Ecuador (PASSE), con un monto de \$36.3 millones provenientes de la Comunidad Europea.
- Rehabilitación de Áreas Críticas de los Hospitales del Sistema Nacional de Salud, con un aporte de 13.6 millones provenientes de los Países Bajos."<sup>226</sup>

Finalmente, para el año 2010, el monto desembolsado de cooperación internacional no reembolsable para el sector de la salud fue de \$28.985.223,14 los principales donantes son España e Italia, pues han ejecutado a nivel nacional alrededor de 58 proyectos.

En resumen, los flujos de cooperación internacional para el sector de la salud en el Ecuador, durante el período 2000-2009, fueron incrementándose, permitiendo el desarrollo de varios proyectos en beneficio de la población ecuatoriana. Sin embargo, de acuerdo a la información expuesta, el sector de la salud, sigue figurando como un sector no prioritario en comparación con otras áreas de desarrollo.

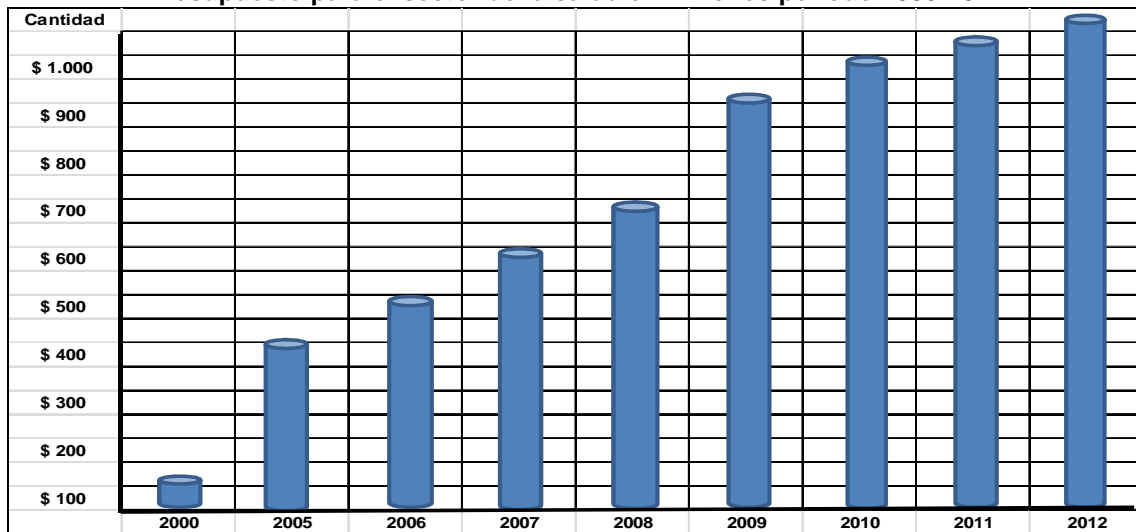
**CUADRO N°**  
**Desembolsos no reembolsables en millones de dólares para el sector de la salud en el Ecuador.**



**Fuente:** Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional (AGECI). *Informe de Cooperación Internacional No Reembolsable en el Ecuador 2007-2009*. Quito, Graphus, Mayo 2010. Página 100. Secretaria Técnica de Cooperación Internacional (SETECI). Informe de Cooperación Internacional No Reembolsable en el Ecuador 2010 – 2011. Página 93.

<sup>226</sup> 1 Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional (AGECI). *Informe de Cooperación Internacional No Reembolsable en el Ecuador 2007-2009*. Quito, Graphus, mayo 2010. Página 109.

**CUADRO N°7**  
**Presupuesto para el sector de la salud en millones período 2000-2012**



Fuente: Agenda Social 2009-2011. "Equidad, calidad y eficacia de los servicios sociales para el buen vivir de la población." Ministerio de Coordinación de Desarrollo social. Edición 1ra. Agosto de 2010. Quito, Ecuador. Página 20. Ministerio de Finanzas del Ecuador. Ministerio de Salud Pública, Dirección de Gestión Financiera. Elaboración propia.

Como, se puede apreciar en la información de los cuadros antes expuestos, los recursos de AOD para el sector salud representaron en el año 2000 un 9.55% del presupuesto sectorial del gobierno central, pero pasaron a 6.47 % en el 2009.

Continuando, con esta investigación, en las siguientes secciones analizaremos dos casos:

- 1): la **cooperación Belga - Ecuador en salud** en el proyecto "**Salud de Altura**" en el Distrito Metropolitano de Quito durante el período 2005-2009; y
- 2): la **cooperación Brasil - Ecuador en salud**, en el proyecto "**Banco de Leche Materna**" en el Hospital Isidro Ayora de Quito, en el año 2007.

### 3. CASO A: COOPERACIÓN BELGA – ECUADOR EN SALUD EN EL PROYECTO “SALUD DE ALTURA” EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO.

#### **Antecedentes**

El Reino de Bélgica establece su asistencia externa, de acuerdo, a los lineamientos de la “*Ley belga sobre cooperación internacional*” del 25 de mayo del año de 1999. Según, esta normativa, el apoyo estatal externo es dirigido a:

- Promover el desarrollo humano en las naciones con menores niveles de productividad.
- Luchar contra la pobreza
- La concentración geográfica en 18 países socios.
- La concentración en 5 sectores sociales como son: salud, infraestructura, seguridad alimentaria, educación y agricultura.<sup>227</sup>

En concordancia, con estos principios, el sector de la salud, forma parte de las prioridades de la cooperación externa del Reino del Bélgica; por esta razón, esta nación, ha direccionado su accionar en las últimas décadas a fomentar en los estados con menores niveles de desarrollo, *el derecho y el acceso a la salud*, para de esta manera promover políticas de equidad sanitaria en los países socios.<sup>228</sup>

Desde esta perspectiva, el Ecuador figura como uno de los 4 países socios beneficiarios de América Latina receptores de la cooperación internacional del Reino de Bélgica.<sup>229</sup>

---

<sup>227</sup> Oficina de Cooperación para el Desarrollo de Bélgica en Quito. *La Cooperación Belga al Desarrollo*. Internet.

<http://www.diplomatie.be/quitoes/default.asp?ACT=5&content=55&id=38&mnu=38>. Acceso: (12 de Febrero de 2012).

<sup>228</sup> Oficina de Cooperación para el Desarrollo de Bélgica en Quito. *Política de Salud del Ministerio de Cooperación Belga*. Internet.

<http://www.diplomatie.be/quitoes/default.asp?id=39&mnu=39&ACT=5&content=103>. Acceso: ( 12 de Febrero de 2012).

<sup>229</sup> Según la Ficha-País del Reino de Bélgica de la Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional (AGECI), los sectores sociales, que reciben mayores recursos de esta asistencia bilateral en el país,

En este sentido, desde los años 70, el Gobierno de Bélgica propuso al Estado Ecuatoriano la ejecución de diversos proyectos para el sector de la salud; siendo uno de los más importantes en llevarse a cabo, el proyecto “Salud de Altura”.

“Salud de Altura” como proyecto, definió brindar apoyo técnico y financiero para aportar a mejorar los servicios de salud en el Distrito Metropolitano de Quito. Como, una línea estratégica de acción, fue la implementación del Aseguramiento Universal de Salud (AUS).

Esta propuesta, surge en el año 2005 durante la presidencia del Dr. Alfredo Palacios, fue planificado para una duración de cuatro años, con la asistencia bilateral de 4 millones de euros concedidos a través la Cooperación Técnica Belga (CTB).<sup>230</sup> Ver Anexo 16.

De acuerdo, con el análisis de la “*Sistematización del AUS*”, se propuso que el “*proyecto piloto*” se ejecute en las ciudades más importantes del país por su crecimiento poblacional, en este sentido, Quito fue seleccionado, por su peso político, económico y cultural.

Desde, el año de 1993, la ciudad de Quito, pasó a denominarse Distrito Metropolitano de Quito (DMQ), abarcando la ciudad central, las parroquias urbanas, rurales y suburbanas.

Desde esta perspectiva, el alcance geográfico del proyecto “Salud de Altura” abarca toda la población del Distrito Metropolitano (DMQ).

El Distrito Metropolitano de Quito, ubicado en la provincia de Pichincha, está dividido oficialmente en 11 zonas Metropolitanas como son: Eugenio Espejo, Eloy Alfaro, Quitumbe, la Delicia, Tumbaco, los Chillos, Calderón, Manuela Sáenz, Noroccidente, Norcentral, y el

---

son el sector de la salud y el de desarrollo social. En Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional (AGECI). *Ficha-País de cooperación internacional Reino de Bélgica*. Internet. [http://www.seteci.gob.ec/index.php?option=com\\_docman&Itemid=216&limitstart=100](http://www.seteci.gob.ec/index.php?option=com_docman&Itemid=216&limitstart=100). Acceso: (12 de Febrero de 2012).

<sup>230</sup> “*La Cooperación Técnica Belga es una sociedad anónima de derecho público con finalidad social, cuya responsabilidad exclusiva es la formulación y ejecución de la cooperación otorgada por Bélgica, en cogestión con una contraparte local. Está activa en más de 30 países, y realiza más de 250 proyectos, principalmente por orden de las autoridades belgas.*” En: Salud de Altura. Internet. <http://www.saluddealtura.com/index.php?id=43&type=123>. Página 1.

Aeropuerto.<sup>231</sup> Tuvo en el 2005 una población de 2.007.767 de habitantes, es decir el 15.2% del total nacional.<sup>232</sup>

Cabe mencionar que, la ejecución del proyecto, topó con un obstáculo en los inicios del 2006: en el DMQ, la existencia de varios sistemas de seguros de salud como el Ministerio de Salud Pública (MSP), ISSFA (Seguro de las Fuerzas Armadas), Instituto Ecuatoriano de Seguro Social (IESS), Seguro Social Campesino (SSC), y seguros médicos privados, provocaban que, el sistema de salud, sea fragmentado e inequitativo. La no integración de la red pública de salud, trajo como consecuencia, que la atención y acceso a los servicios sea deficiente.

En respuesta, a esta necesidad, el proyecto “Salud de Altura” propone, la creación del Sistema Metropolitano de Salud, con la finalidad de integrar tanto a los servicios públicos y privados como un mecanismo para contribuir a mejorar la calidad y la accesibilidad de la atención en salud en la población del distrito.

En este sentido, la población más desposeída, podría acceder a un sistema de salud integrado, y completo, en el cual, todos son tratados como iguales, sin limitaciones económicas ni sociales.

### **Justificación del Proyecto “Salud de Altura.”**

Para la implementación del proyecto, se realizó el análisis situacional de los indicadores sociales y de salud. Esto, impulsó a que este proyecto sea ejecutado en el Distrito Metropolitano de Quito.

Para una mayor comprensión, a continuación se detallan varios de ellos:

---

<sup>231</sup> El Barómetro de Quito: *Indicadores Sociales Geo referenciados del Distrito, sus Administraciones Zonales y Parroquias*. Quito, Salud de Altura, Diciembre 2006. Página 7.

<sup>232</sup> La “*Municipalidad del Distrito Metropolitano de Quito*”, incluye a la capital que es Quito y a las áreas rurales alrededor de este distrito. En: Bart Criel y Jean Macq.”*Reflexiones sobre el Aseguramiento Universal en Salud*”. Quito-Ecuador. Octubre 2006. Pagina 10.

### **Altos índices de pobreza:**

De acuerdo, con la publicación el Barómetro de Quito N°1: la población del Distrito Metropolitano de Quito en el 2001 fue de 1'842.201 de habitantes, de esta cifra, 307.868 millones de personas pertenecían a los quintiles 1 y 2, es decir que, vivían en condiciones de pobreza o pobreza extrema.<sup>233</sup> Por cada, 100 ciudadanos del DMQ, 8 de ellos vivían en condiciones de extrema pobreza.

Estos datos, evidenciaban que, alrededor de una sexta parte de la población, vivía en condiciones socioeconómicas limitadas, que impedían el acceso a servicios básicos y de salud adecuados, mientras que, la población restante, por sus mayores niveles de ingresos, tenían mayor acceso a la salud y por ende a una mejor calidad de vida.

Este escenario, demarca al DMQ, como una ciudad económicamente inequitativa, pues en ella cohabitan ricos y pobres, siendo además, una ciudad que acoge a muchas personas de las provincias lo que ha incidido en una mayor demanda de servicios básicos y especialmente de salud. Por años, estos dos grupos sociales, no han podido integrarse, generando que, la brecha económica existente sea más evidente.

La situación, se hace más crítica, cuando, los gobiernos no han respondido con recursos para atender las necesidades básicas a los sectores sociales con mayores carencias, pues, en lugar de contribuir a reducir las desigualdades, han direccionado los recursos a mejorar la infraestructura de grupos con mayores niveles de ingreso en desmedro de los sectores más deprimidos económicamente.

Por ejemplo, para el año 2003, las personas de escasos recursos recibieron solamente el 1.4% del total del presupuesto del Distrito Metropolitano de Quito, mientras que, las personas con mejores condiciones económicas receptaron el 38%.<sup>234</sup>

---

<sup>233</sup> **La pobreza** se la ha dividido en: extrema pobreza y pobreza. La población Q1 y Q2 es considerada como la de mayores carencias. En: BARÓMETRO DE QUITO N° 1. Internet. [http://www.saluddealtura.com/fileadmin/Barometro\\_de\\_Quito.pdf](http://www.saluddealtura.com/fileadmin/Barometro_de_Quito.pdf). Página 12.

<sup>234</sup> La Salud en Quito. *Línea Base del Proyecto Salud de Altura*. Página 18.

### **Ausencia de seguros de salud en la población más pobre del Distrito Metropolitano de Quito:**

Según, las estadísticas de ENDEMAIN 2004; solamente el 19.2% de la población ecuatoriana cuenta con un seguro de salud.<sup>235</sup>

En el 2004, en la provincia de Pichincha, una de cada cuatro personas, contaban con algún tipo de aseguramiento médico, y específicamente en la ciudad de Quito más del 70% de la población no tenían acceso a ningún seguro de salud.<sup>236</sup>

Según, Juan Herteleer, ex Coordinador Internacional del Proyecto “Salud de Altura”, esta realidad, obedece a las inequidades existentes en la salud, puesto que, tienen mayores oportunidades de acceder a un seguro médico de calidad, las personas que contaban con mejores niveles económicos y de instrucción.<sup>237</sup>

Este panorama, evidencia la ausencia de recursos, coordinación y voluntad política de los gobiernos ecuatorianos, para garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, pues según, lo estipulado en la Constitución de 1998, el Estado, debía asegurar que toda su población, goce del derecho a la salud por igual.

Sin embargo, como se analiza en párrafo anteriores, uno de los factores que ha incidido en la accesibilidad de estos servicios de calidad, ha dependido de la capacidad de pago que tienen las personas para adquirir estos derechos, por lo que, se concluye que los gobiernos, no han priorizado el gasto en salud.

### **Inequidad en la atención y calidad de los servicios de salud.**

La calidad en el servicio de la salud, según, las estadísticas porcentuales de la publicación Línea Base del proyecto Salud de Altura, es la siguiente: el 52% de la población pobre y el 72% de la población rica de la ciudad de Quito, prefieren los seguros privados, ya que, los servicios de salud públicos, a pesar de, ser gratuitos carecen de infraestructura adecuada,

---

<sup>235</sup> ENDEMAIN 2004. Uso de Servicios de Salud. Internet. [http://www.cepar.org.ec/endemain\\_04/nuevo05/informe/ser\\_salud/salud1.htm](http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/informe/ser_salud/salud1.htm). Acceso: (12 de Febrero de 2012).

<sup>236</sup> La Salud en Quito. Línea Base del Proyecto Salud de Altura. Página 43.

<sup>237</sup> Entrevista al ex Coordinador Internacional del Proyecto Salud de Altura Juan Herteleer. 2 de Marzo de 2012.

pues, hay déficit en cantidad de profesionales de la salud requeridos para una atención con calidez y calidad.

Esta deficiencia, en los servicios de salud, y los altos índices de pobreza en el Distrito Metropolitano de Quito, asociados a la débil inversión en el sector salud por parte del Estado han puesto en evidencia su deterioro.

El DMQ, en su calidad de gobierno local, asumió esta responsabilidad por lo que, el General Paco Moncayo, en su calidad de Alcalde Metropolitano de Quito y el Consejo Capitalino dieron, apertura a la cooperación técnica belga, para la implementación del proyecto “Salud de Altura”.

### **Objetivos**

El proyecto “Salud de Altura”, pretendía brindar apoyo y fortalecer los sistemas de salud en el Distrito Metropolitano de Quito, a través, de facilitar el acceso de la población más vulnerable, a servicios sanitarios adecuados y de calidad. Desde, esta perspectiva, el proyecto buscó alcanzar cuatro propósitos, priorizando como objetivo principal el aseguramiento en salud, y definiendo estrategias que permitan “*optimizar el acceso a los servicios de salud, mediante el aseguramiento sanitario*”.<sup>238</sup>

En este sentido, basado en la página oficial de “Salud de Altura”, a continuación se puntualizan los objetivos y resultados esperados para este proyecto:

#### 1) Aseguramiento en Salud ( AUS):

- Apoyo a la afiliación masiva de beneficiarios del AUS, en el Distrito Metropolitano de Quito.
- Cobertura universal, por medio de subsidios, hasta el año de 2010 de los Q1 y Q2.

---

<sup>238</sup> Reflexiones sobre el Aseguramiento Universal de en Salud. Informe de Seguimiento Científico al Proyecto Salud de Altura. Internet. [http://www.saluddealtura.com/fileadmin/fotografias/archivos/Reflexiones\\_sobre\\_el\\_AUS.pdf](http://www.saluddealtura.com/fileadmin/fotografias/archivos/Reflexiones_sobre_el_AUS.pdf). Acceso: (13 de Febrero de 2012). Página 40.

- El aseguramiento en salud, en su primera etapa, fue dirigido hacia los Q1 y Q2, para posteriormente ampliarse.
- Organización de un seminario nacional de AUS en el país.
- Apoyo a los procesos técnicos y operativos en las instituciones responsables.
- Dotación de equipos informáticos para el funcionamiento del AUS.
- Promoción de la conformación del Comité Inter-agencial de veeduría para el AUS., integrado por la OMS, el BID y BM.
- Las familias que estén aseguradas, recibirán atención descentralizadas de los servicios públicos y privados.

2) Articulación de los prestadores de salud instalados:

- Creación de micro redes entre servicios de salud y proyectos de “Prevención de Violencia Familiar, adolescencia y embarazo”.
- Consolidación de Consejos Zonales de Salud.
- Entrega de licencias a servicios de salud para los beneficiarios del AUS.
- Contratación de consultorías para definición de redes y micro redes, que operen el AUS.

3) Calidad en los servicios de salud del Distrito Metropolitano de Quito:

- Capacitación de manejo de enfermedades prevalentes
- Capacitación a grupos de prestadores de salud del Distrito Metropolitano de Quito, en distintos temas.
- Elaboración concertada con el Consejo Nacional de Salud (CONASA), de 40 protocolos de prestaciones médicas.
- Formación de auditores médicos, para la vigilancia de la calidad en los servicios del Distrito Metropolitano de Quito.
- Implementación de procesos administrativos y económicos en la Dirección Metropolitana de Salud.
- Mejoramiento de la infraestructura y dotación de quipos a varios servicios de salud en el Distrito Metropolitano de Quito.

4) Integración de los sistemas de información de los servicios de salud pública:

- Estandarización de lenguajes informativos para el manejo de indicadores en el sistema informático de salud.
- Se crean salas de (información) SITUACION en cada administración zonal del Distrito Metropolitano de Quito.”<sup>239</sup>

Los objetivos y resultados esperados por el proyecto “Salud de Altura” evidencian el apoyo a la gestión del gobierno central y local para el cumplimiento del mandato constitucional de garantizar el derecho a la salud, establecidos en las constituciones de 1998, 2008 y en el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013.

Para comprender, mejor este escenario, es necesario analizar, los objetivos nacionales en el sector de la salud propuestos en constitución, en relación a los objetivos y resultados esperados por el proyecto “salud de altura”.

Según, la constitución de 1998, vigente hasta noviembre del 2007, el Estado debía garantizar un sistema nacional de salud integrador, participativo y desconcentrado, que regulara el acceso a los servicios de salud bajo los principios de equidad, universalidad, solidaridad y eficiencia.

En este sentido, durante los dos primeros años de ejecución de “Salud de Altura,” se organizaron varios seminarios y talleres técnicos, para que, los prestadores de salud, mejoren sus capacidades y se alineen a la propuesta del proyecto.

Esta situación, en concordancia con la afiliación al AUS, permitió que, gran parte de la población perteneciente a los Q1 y Q2 del DMQ, acceda a servicios de salud de calidad a un bajo costo. Cabe señalar que, el programa del aseguramiento de salud, que inició como proyecto piloto, tuvo también como objetivo primordial, implementarse en otras zonas del país.

Es así que, a mediados del 2006, se firman varios acuerdos para la ejecución del AUS<sup>240</sup>, en los Municipios de Guayaquil, Cuenca y Manta.

---

<sup>239</sup> Salud de Altura. Síntesis de los avances por resultados. Internet.  
<http://www.saluddealtura.com/?id=62>. Acceso: (13 de Febrero de 2012).

En el año 2007, el Estado declara emergencia sanitaria, y la gratuidad de los servicios de salud. Con esto, los recursos de autogestión se suprimen, y el aseguramiento propuesto por “Salud de Altura” ya no tuvo razón de ser, pues estaba basado en el copago, lo que restó continuidad al proyecto.

En la Constitución Política del Ecuador 2008, se establece que, el Estado es garante de la salud, es decir que, es responsable de asegurar, servicios públicos de salud, adecuados, con calidez y calidad, para ello, se deben establecer los principios de universalidad y gratuidad de los mismos.

La gratuidad en los servicios de salud, no implicó mejorar la calidad en la atención de salud, pues no se invirtió inmediatamente en recursos encaminados a mejorar la infraestructura y la dotación de recursos humanos necesarios para satisfacer la demanda generada por la población, al conocer de la gratuidad de los servicios de salud.

Finalmente, según los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013, la salud es parte esencial para el buen vivir, por ende, debe garantizarse su acceso, expandiendo su cobertura a nivel nacional de manera equitativa. Para conseguir estos propósitos se ha direccionado recursos internos y externos para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud.

En este sentido, “Salud de Altura”, para culminar con la ejecución de sus propósitos, tuvo que adaptar sus objetivos esperados a las nuevas políticas del Plan Nacional del Buen Vivir, con la intención de mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana, y dar cumplimiento de lo acordado con las municipalidades de Quito, Guayaquil y Cuenca.

Las nuevas autoridades, incorporaron nuevas herramientas para el sistema de salud, basadas en la universalización del aseguramiento sanitario, y el mejoramiento de los servicios del MSP y otros de prestadores como el IESS, tendiendo a conformar la red pública de salud. Con estas nuevas propuestas políticas, el PAS,<sup>241</sup> como estrategia de

---

<sup>240</sup> El **AUS**, no implicaba obligaciones económicas externas con el Gobierno de Bélgica, ya que era financiado por el presupuesto nacional del Estado Ecuatoriano.

<sup>241</sup> Con el cambio de autoridades, el AUS, es replanteado y se formula el Programa de Aseguramiento en Salud (PAS).

aseguramiento, fue perdiendo paulatinamente apoyo político y económico del gobierno, lo que relegó el seguro de salud como eje central de la protección sanitaria.

### **3.1 Actores**

Para alcanzar, los objetivos de “Salud de Altura” también conocido como “Fortalecimiento de los Servicios Públicos de Salud de Atención de Salud en el Distrito Metropolitano de Quito”, se procuró la integración de varias instituciones nacionales y la CTB.

En este sentido, “Salud de Altura,” operó de manera multi-institucional,<sup>242</sup> proyectando intermediar entre la autoridad del Ministerio de Salud Pública (entidad encargada de la rectoría a nivel nacional de la salud) y el Municipio de Quito (rectoría de la salud como gobierno local).

Con estos precedentes, según la página oficial de “Salud de Altura”, las contrapartes del proyecto fueron las siguientes:

- La Cooperación Técnica Belga (CTB).
- Dirección General de Cooperación al Desarrollo (DGCD).
- Gobierno Nacional Ecuatoriano.
- Municipio del Distrito Metropolitano de Quito (MDMQ).
- Ministerio de Economía y Finanzas (entidad encargada del financiamiento del proyecto.)
- La Comisión de salud: integrada por cinco concejales.
- Dirección Metropolitana de salud.
- Instituto de Cooperación Internacional (INECI).
- Secretaria Nacional de los Objetivos del Milenio (SODEM),
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (Entidad a cargo de la rectoría y normativa del AUS).
- Corporación Metropolitana de Salud.
- Población del Distrito metropolitano de Quito.

---

<sup>242</sup> Bart Criel y Jean Macq. “*Reflexiones sobre el Aseguramiento Universal en Salud*”. Quito-Ecuador. Octubre 2006. Pagina 7.

La participación de países cooperantes y naciones receptoras, en la formulación y ejecución proyectos y programas de tipo norte-sur, permiten visualizar e identificar de manera más objetiva las necesidades sociales de sus beneficiarios.

Muchas veces, los proyectos de cooperación internacional, impulsados por las naciones desarrolladas se caracterizaban por la escasa participación de los destinatarios, en la formulación de proyectos de desarrollo, esto sin duda, no generaban mayores resultados, porque, los proyectos no se elaboran de acuerdo las necesidades locales.

No obstante, en el proyecto “Salud de Altura” la intervención de actores, nacionales, cooperantes, beneficiarios y sociedad civil, desde un inicio, demarcaban la tendencia a armonizar y alinear los esfuerzos, en pro de los resultados esperados por el proyecto. Para ello, se contaba con el apoyo administrativo, técnico y financiero de las partes, que permitían que tanto el donante como el receptor, diseñen y ejecuten este plan de cooperación.

Desde esta perspectiva, la intervención de la cooperación técnica Belga, es importante, ya que, la articulación de los actores mencionados en la implementación del proyecto, posibilita la intervención de cada uno de ellos en la consecución del fortalecimiento de la calidad en la atención y el acceso a servicios de salud adecuados, para que, los propósitos y objetivos del proyecto incidan en los indicadores de salud.

Este escenario, sin duda, fue decreciendo debido a la nueva política de salud implementada en el país, durante el 2007.

### **3.2 Relación Cooperante – beneficiario**

A pesar de, las diferencias en los niveles de desarrollo de cada socio de la cooperación norte-sur, la relación entre Bélgica y Ecuador, en el desarrollo del proyecto “Salud de Altura”, muestra un esquema de cooperación no solo económico, sino de transferencia de capacidades y conocimientos de un socio a otro. Lo que facilita, la identificación de los roles de cada actor, y de sus respectivas acciones frente a la ejecución del plan.

En efecto, las intervenciones de Bélgica, han buscado incurrir en las áreas locales, para luego reproducirlas a nivel nacional. En el caso de “Salud de Altura”, la CTB incidió en los Municipios de Guayaquil, Cuenca y Quito, los cuales presentaban deficiencias en sus

sistemas de salud, en términos de accesibilidad y gratuidad de los servicios de salud. Por lo cual, la CTB, generó instrumentos que fortalezcan la gestión municipal sanitaria. En este sentido, durante la ejecución del proyecto se llevan a cabo las siguientes acciones:

- Los actores debían articular sus acciones para la correcta implementación del AUS, dentro del Distrito Metropolitano de Quito y del país. Lo que contribuyó a mejorar el acceso a servicios de calidad a la población.

Desde esta perspectiva, la CTB, tenía el papel de mediador, para que tanto el gobierno local, como nacional, participen conjuntamente en la ejecución y consecución de los componentes de “Salud de Altura”, para ello se crean y firman varios acuerdos entre la municipalidad, el Ministerio de Salud Pública y el SODEM.

- Para el desarrollo del **seguro municipal**, el MDMQ, firma un acuerdo conjunto con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), en el cual, el MSP se compromete a costear el aseguramiento de salud de la población perteneciente al quintil 1 y quintil 2.
- Seguidamente, en marzo del 2005, surge la Corporación Metropolitana de Salud (CMS), para administrar el Seguro Metropolitano de Salud (SMS)<sup>243</sup> que beneficia a las personas pertenecientes a la clase media y baja.
- Meses después, con el fin de alcanzar el Aseguramiento Universal en Salud (AUS), el Gobierno Ecuatoriano, crea la Secretaria de los Objetivos del Milenio (SODEM), como entidad a cargo de la implementación del aseguramiento.
- En el mes de diciembre del 2005, se firma un convenio entre el Municipio de Quito (MDQ) y el SODEM, en el cual, se reconoce: a) el rol que cumple el MDQ, y b) la asociación entre el gobierno nacional y los gobiernos locales en la ejecución del aseguramiento de salud.

En efecto, de acuerdo con el **Informe Evaluación de medio término de “Salud de Altura”**: se puede decir que, la CTB operó en el Ecuador, mediante un modelo de intervención

---

<sup>243</sup> El **Seguro Metropolitano de Salud** (SMS), surge para gestionar el aseguramiento voluntario de las personas de clase media y baja.

territorial, esto significa que, el proyecto proponía ser replicado en otras zonas del país, y en otras naciones de la región de América Latina.

En resumen, en el transcurso del proyecto, la relación entre el cooperante y beneficiario, originó los siguientes elementos:

- Diálogo político entre las contrapartes.
- Establecimiento de la estrategia de cooperación del Reinado de Bélgica y el Estado Ecuatoriano.
- Seguimiento de la contribución Belga, a través de, la Auditoría Externa del proyecto.

### **Beneficiarios**

El proyecto “Salud de altura”, estableció que el AUS en su fase inicial, benefició a las personas de los quintiles 1 y 2, que son las familias más desposeídas del Distrito Metropolitano de Quito. Cabe señalar que, las personas pertenecientes a estos quintiles, recibían atención de manera gratuita y sin copago.<sup>244</sup>

El AUS, proporcionaba una cobertura del 100%, que permitía acceder a la atención en las microredes *de proveedores asignados*. Para esto, se actualizó la base de datos del SELBEN<sup>245</sup>, a fin de localizar e identificar a las personas beneficiadas del paquete de aseguramiento en salud. Es así que, el Seguro Metropolitano de Salud, entre el 2005 y el 2006, aseguró a 75.000 ciudadanos.

Para cumplir con otro de los objetivos, “Salud de Altura” destinó \$ 210.00.00 dólares para capacitación e infraestructura de las áreas de salud del MSP, lo que, permitió la ampliación y remodelación en su infraestructura con el propósito de mejorar el acceso a la población a la salud.

---

<sup>244</sup> Para **la afiliación**, las personas debían constar en la base de datos del SELBEN.

<sup>245</sup> **SELBEN**: Es un sistema de información, que recopila datos, y determina los beneficiarios de los programas sociales, en salud y educación.

En este contexto, durante el período 2006-2009, con el propósito de fortalecer la capacidad del talento humano se dictaron varios talleres de capacitación a los funcionarios de la dirección metropolitana de salud y de los concejos zonales, de las áreas de salud, en temas relacionados: a) toma de decisiones, b) normas de atención y c) calidad de los servicios de salud.

Según la página oficial de “Salud de Altura”, los beneficiarios del proyecto fueron los siguientes:

- Funcionarios públicos prestadores de salud.
- Personal de los concejos zonales de salud capacitados, para mejorar la calidad de su participación en salud.
- Población quiteña que se beneficia del equipamiento y remodelación de los servicios de salud del DMQ.

Se incrementó la participación ciudadana en los sistemas de salud, promoviendo las **veedurías ciudadanas** y la promoción de los derechos sanitarios, lo que generó, la exigencia por parte de la comunidad, de una mejor atención de salud con calidez y calidad.

### **3.3 Resultados**

Según, el **Informe Evaluación de medio término de “Salud de Altura”**, el proyecto no cumplió con su objetivo específico, de mejorar el acceso a los servicios de salud, mediante el aseguramiento sanitario, considerando que, la cobertura propuesta no alcanzó un porcentaje importante por el cambio en la política nacional en salud decretada por el actual gobierno.

Esta realidad, tiene que ver, con las nuevas prioridades del actual Gobierno,<sup>246</sup> cuando, en el año 2007 disuelven el SODEM y el Ministerio de Salud a través del Departamento de Extensión de la Protección Social (SEPSS) asume la administración del AUS.

De manera similar, en septiembre del 2007, se reemplaza el AUS por el Programa de Aseguramiento en Salud (PAS). El PAS fue diseñado como un fondo de equidad, que

---

<sup>246</sup> En el año 2007, el Presidente Rafael Correa, declara al **sector de la salud en estado de emergencia**.

funcionaba, al igual que el AUS, sin embargo, concluyó en el 2009, por la no asignación de fondos por parte del estado en los montos requeridos.

Las modificaciones en el proyecto, según la publicación de Jean Macq y Bart Clear, a partir del 2007, produjeron las siguientes consecuencias:

- La construcción de redes de servicios de salud, únicamente entre los prestadores del MSP, y la no cimentación de redes coordinadas entre los servidores del IEES y municipalidades.
- El AUS no pudo ampliarse hacia la población de los Q3 y Q4, ya que, los programas de aseguramiento (PAS) fueron dirigidos únicamente a la gente pobre y no ampliada hacia otros quintiles de la población quiteña.
- Las personas afiliadas de manera obligatoria, no accedían a servicios de salud cercanos a sus residencias, lo que contribuyó a la disminución de la cobertura de la atención.<sup>247</sup>

Pese a estas dificultades, según la página oficial de “Salud de Altura”, el proyecto logró adaptar sus actividades y servicios a las nuevas políticas de salud en el país, obteniendo los siguientes resultados:

- Las áreas de salud del DMQ, del Ministerio de Salud Pública y las municipales fueron equipadas.
- Auditorias, capacitación e investigación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.
- Elaboración de mapas georeferenciales que permiten conocer e identificar las poblaciones del Q1 y Q2, de manera específica.
- Financiamiento para las investigaciones referentes a la información social integral, de salud y edición del vademécum médico.<sup>248</sup> Además se implementó una biblioteca, con la adquisición de libros y revistas de carácter científico.

---

<sup>247</sup> Jean Macq y Bart Clear. *Hacia el Aseguramiento Universal de Salud en el Ecuador*. Noviembre 2007. Internet.  
[http://www.saluddealtura.com/fileadmin/PDF/PUBLICACIONES/Seguimiento\\_cientifico.pdf](http://www.saluddealtura.com/fileadmin/PDF/PUBLICACIONES/Seguimiento_cientifico.pdf). Página 13.

- Creación del software de gestión y aseguramiento.
- Campañas de afiliación al aseguramiento de salud.
- Consultorías para la disminución de tiempos de espera y sistemas de turno.
- Organización para la obtención de un diplomado superior.
- Publicaciones investigativas como: a) mapas geoestratégicos de los servicios de salud del distrito metropolitano de Quito; y b) barómetros de Quito 1,2, 3 y 4.<sup>249</sup>

### Presupuesto:

En un inicio, el Aseguramiento en Salud (AUS), fue financiado por el estado nacional, a través del SODEM, entidad que se encarga de transferir los fondos de forma periódica a las instituciones proveedoras de salud, facultadas para atender a las personas afiliadas al Seguro Metropolitano de Salud (SMS).<sup>250</sup>

Para una mejor comprensión, en el cuadro Nro. 6 se detalla el monto utilizado en cada actividad de este proyecto, con los aportes del Reinado de Bélgica y del Gobierno Ecuatoriano.

CUADRO N°8  
Aportes económicos al proyecto “Salud de Altura: Fortalecimiento de los Servicios Públicos de Salud en Atención de Salud en el Distrito Metropolitano de Quito.”

Resultados esperados	Aporte nacional para el proyecto (US\$)	Aporte de Bélgica para el proyecto (Euros)
Servicios de salud con fines públicos integrados al sistema metropolitano de servicios salud y su monitoreo/evaluación funcionando		156.300
La gestión de la calidad de los SS organizada		1.828.500
Mecanismos de articulación entre prestadores instalados		287.100
Sistema de seguro de salud organizado bajo principios de solidaridad, con financiamiento públicos y con mecanismos de categorización de los beneficiarios	24.000.000 (con recursos de la descentralización del control sanitario durante 3 años)	1.232.600
Gestión, evaluación y sistematización		495.500
<b>Total</b>	<b>24.000.000</b>	<b>4.000.000</b>

Fuente: Reflexiones sobre el Aseguramiento Universal de en Salud. Informe de Seguimiento Científico al Proyecto Salud de Altura. Internet. [http://www.saluddealtura.com/fileadmin/fotografias/archivos/Reflexiones\\_sobre\\_el\\_AUS.pdf](http://www.saluddealtura.com/fileadmin/fotografias/archivos/Reflexiones_sobre_el_AUS.pdf). Acceso: (13 de Febrero de 2012).Página 49.

<sup>248</sup> **Vademecum:** Es un diccionario cuyo contenido detalla la información sobre los medicamentos, sus interacciones e indicaciones.

<sup>249</sup> El **Barómetro de Quito**, es una publicación que mide los procesos sociales en el Distrito metropolitano de Quito. En El Barómetro de Quito: *Indicadores Sociales Geo referenciados del Distrito, sus Administraciones Zonales y Parroquias*. Quito, Salud de Altura, Diciembre 2006. Página 4.

<sup>250</sup> Manual de Bolsillo. “*Aseguramiento Universal de Salud (AUS)*”. Salud de Altura, primera edición. Página 9.

Este tipo de proyecto, se financió con fondos fundamentalmente Belgas. Como, se puede apreciar en la información del cuadro antes expuesto, el gobierno de Bélgica, a través de la CTB, entrega al país, 4 millones de euros, y el estado ecuatoriano otorga una contribución de 24.000 mil dólares.<sup>251</sup> De igual forma, durante la ejecución del proyecto, se aprobó un préstamo del BID por un monto de 90.000 millones de dólares montos destinados para la consecución de los objetivos de “Salud de Altura”.

La asignación de estos recursos, contribuyo a mejorar aunque no en su totalidad el acceso a los servicios de salud especialmente en los sectores con niveles de pobreza del DMQ y de las otras ciudades que fueron beneficiadas del aporte del proyecto.

Cabe mencionar que, en los gobiernos anteriores la cooperación internacional, ha servido para cubrir el escaso de presupuesto requerido para el sector de la salud para satisfacer las demandas de la población.

No obstante, la cooperación externa Belga, mediante el proyecto “Salud de Altura”, invirtió en mejoramiento de la infraestructura de los servicios especialmente en los sub centros de salud públicos ubicados en los sectores con niveles de pobreza, y además, se preocupó de elevar la preparación técnica y académica de los recursos humanos., mediante, un programa de educación médica continua y la producción de materiales de apoyo a la gestión de los profesionales de la salud. Lamentablemente no todos los profesionales tuvieron acceso a este proceso.

Es necesario resaltar que, el aporte del proyecto en este campo, dieron resultados esperados en lo referente a mejorar la calidad de atención y mejorar los indicadores de cobertura. Lo que generó, el reconocimiento de la población beneficiaria.

---

<sup>251</sup> Cabe mencionar que, el cooperante, no impuso ninguna condicionalidad económica ni política para otorgar esta asistencia externa.

#### **4. CASO B: COOPERACIÓN EN SALUD, BRASIL – ECUADOR, EN EL PROYECTO DE “EJECUCION DEL BANCO DE LECHE MATERNA EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA.”**

La República Federativa de Brasil, pretende mediante la cooperación internacional, compartir sus experiencias y conocimientos técnicos, para mejorar las condiciones de vida de otras naciones en desarrollo.

Según, el Ministro de Salud de Brasil José Gomes Temporão; *“esta asistencia, procura elaborar junto con otros países, propuestas y acciones de cooperación que respondan también a sus prioridades. En eso consiste la cooperación horizontal, que defendemos y valoramos.”*<sup>252</sup>

##### **Antecedentes del proyecto “Ejecución del Banco de Leche Materna Isidro Ayora (HGOIA)”**

Históricamente, el 9 de Febrero de 1982, se firma el Acuerdo Básico de Cooperación Técnica entre los gobiernos de la República de Brasil y el Ecuador, con el propósito de alcanzar los objetivos nacionales de cada estado en el campo de la salud materno infantil.

Basado en este documento oficial, las partes se comprometen a promover la asistencia técnica, respetando las políticas y el los planes de desarrollo de cada país. Para lo cual, acuerdan cumplir con los siguientes principios:

- *“Formación y perfeccionamiento profesional, mediante la realización de cursos y programas de visitas o cursos prácticos de especialización;*
- *Implementación de proyectos conjuntos en áreas de interés común;*
- *Intercambio de técnicos y consultores;*
- *Organización de seminarios, simposios y conferencias;*

---

<sup>252</sup> Asesoría de Asuntos Internacionales de Salud (AISA). Boletín de la actualización internacional brasileña en salud. Brasília, Charbel Gráfica, Edición nº1, 2009. Página 5.

- *Envío de equipos y materiales necesarios a la realización de proyectos específicos.*<sup>253</sup>

Bajo estos precedentes, los gobiernos de Ecuador y de la República Federativa de Brasil, firman el 25 de Agosto del año 2004, el Memorando de Entendimiento sobre Cooperación para la Ejecución de Bancos de Leche Humana.<sup>254</sup>

La finalidad de este documento, fue el de trasladar los conocimientos técnicos sobre la alimentación materna entre las partes, para dar paso a *“la creación de Bancos de Leche Humana con vista a la integración de los dos países, en la futura Red Latinoamericana de Bancos de Leche Humana.*<sup>255</sup>

En el año 2005, se firma el *“Ajuste Complementario al Acuerdo Básico de Cooperación Técnica entre el Gobierno de la República Federativa de Brasil y el Gobierno de la República del Ecuador para la Implementación del proyecto “Apoyo a la Implementación del Banco de Leche Humana Isidro Ayora (HGOIA) de Quito.”*<sup>256</sup>

Las aspiraciones de este instrumento internacional, fueron dos: a) implementar el banco de leche humana en el Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA) de Quito, y b) capacitar técnicamente al personal de servicio de Neonatología, para la correcta ejecución del proyecto.<sup>257</sup>

---

<sup>253</sup> *Acordo Básico de Cooperação Técnica entre o Governo da Republica Federativa de Brasil e o Governo da Republica do Equador.* Internet. [http://www2.mre.gov.br/dai/b\\_equa\\_41\\_1762.htm](http://www2.mre.gov.br/dai/b_equa_41_1762.htm).

Acceso: (10 de Febrero de 2012).

<sup>254</sup> Agencia ecuatoriana de Cooperación Internacional (AGECI). **Ficha-país de Cooperação Internacional Brasil.**

<sup>255</sup> *Memorando do Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da Republica do Equador sobre cooperação para a implementação de Banco de Leite Humano.* Internet. [http://www2.mre.gov.br/dai/b\\_equa\\_85\\_5345.htm](http://www2.mre.gov.br/dai/b_equa_85_5345.htm) Acceso: (11 de Febrero de 2012).

<sup>256</sup> Derecho Ecuador. Registro Oficial. Internet. [http://www.derechoecuador.com/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=221](http://www.derechoecuador.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=221). Acceso: (10 de Febrero de 2012).

<sup>257</sup> Este Acuerdo Complementario, tuvo vigencia de 24 meses, desde la fecha de su firma. Las partes contratantes se comprometieron a compartir conjuntamente los gastos de la implementación del banco de leche humana en el HGOIA de Quito.

Con la base legal del Acuerdo Básico de Cooperación Técnica entre el Gobierno de Brasil y de Ecuador y el Convenio Complementario de Implantación de Banco de Leche Humana; en marzo del año 2007, se implementa el proyecto “**Ejecución del Banco de Leche Humana Isidro Ayora**”, con una duración estimada de seis meses. Ver Anexo 17.

El alcance geográfico de este proyecto, es la provincia de Pichincha, que a su vez se divide en 8 cantones, Cayambe, Pedro Moncayo, Pedro Vicente Maldonado, Mejía, Distrito Metropolitano de Quito, Rumiñahui, San Miguel de los Bancos y Puerto Quito.

### **Justificación del Proyecto:**

La lactancia materna, debido a sus nutrientes primarios,<sup>258</sup> aumenta las probabilidades de “*sobrevivencia de los niños y niñas*” en el país, por ende, es primordial para la alimentación de los infantes, reduciendo “*la tasa de mortalidad infantil por enfermedades infecciosas y respiratorias.*”<sup>259</sup> Según estudios científicos probados.

En el Ecuador, según los datos del Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR): el 58.0% de los infantes menores a los 6 meses de edad reciben lactancia materna; el porcentaje restante recibe otro tipo de alimentos o no es amamantado, implicando que: a) el 9.4% de niños y niñas menores a los cinco años de edad tengan bajo peso,<sup>260</sup> y b) el 23.2% sufran de desnutrición crónica.<sup>261</sup>

Estos resultados, según la Agencia de Cooperación Brasileña (ABC), se deben a factores tales como:

- “*Inserción de las mujeres en las actividades laborales.*”

---

<sup>258</sup> Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la lactancia materna debería ser hasta los 6 meses de edad.

<sup>259</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Proteger, promover y apoyar la lactancia materna*. Internet. <http://www.unicef.org/spanish/nutrition/23963.html>. Acceso: (11 de Febrero del 2012).

<sup>260</sup> Desnutrición Crónica: “Cuando la relación de talla por edad está por debajo de  $-2.0$  DE representa un retardo en la estatura, que puede ser consecuencia de una mala dieta o de la incidencia de infecciones.” En Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR). *Lactancia Materna y Nutrición*. Internet. [http://www.cepar.org.ec/endemain\\_04/nuevo05/pdf/texto/12\\_lactnutricion.pdf](http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/texto/12_lactnutricion.pdf). Acceso: (10 de Febrero del 2012) Página 4.

<sup>261</sup> Esta situación muestra que por cada 100 infantes menores a los cinco años de edad a nivel nacional, 23 estuvieron desnutridos.

- *Aumento de número de madres adolescentes (desvalorización de la lactancia).*
- *Migración interna y externa de hombres y mujeres.*
- *La cantidad de leche humana, es inferior a las necesidades de los servicios de neonatología.*
- *Incremento de madres portadoras de enfermedades de trasmisión sexual.*<sup>262</sup>

Estos determinantes dieron impulso a la implementación del Banco de Leche Humana, en el Ecuador.

La iniciativa del Banco de Leche nace en Brasil, en el mes de julio de 1986, llevando a cabo la implantación del Centro de Referencia Nacional de Bancos de Leche en el Instituto Fernández Figueira.

En 1988, la Fundación Oswaldo Cruz y el Instituto Fernández Figueira, construyen la Red Brasileña del Banco de Leche Humana (IberBLH), que tiene como propósito la implantación de los bancos de leche en los países Iberoamericanos y la cooperación internacional con otras naciones, mediante la transferencia de tecnologías y de conocimientos sobre los bancos de leche materna.

En la actualidad, estados como Argentina, España, Costa Rica, Perú, Uruguay, Brasil, Venezuela y Colombia, son partícipes del Programa IberBLH, cuyo propósito es *“disminuir las condiciones adversas de salud de grupos poblacionales estratégicos y en situaciones especiales de agravio, particularmente para recién nacidos de bajo peso con fuerte impacto para el cumplimiento de los objetivos del milenio con respecto a la reducción de la mortalidad infantil con énfasis para el componente neonatal.*<sup>263</sup>

### **Objetivos generales y particulares.**

Los objetivos del proyecto se encaminaron hacia los siguientes puntos:

---

<sup>262</sup> Agencia Brasileña de Cooperación (ABC). Cooperación Técnica entre países en desarrollo. BRA/04/044. Brasil – Ecuador. Implementación de Banco de Leche Humano Isidro Ayora. Enero de 2007.

<sup>263</sup> Programa Ibero-americano de banco de leche humano. Cooperación Internacional. Internet. [http://www.iberblh.icict.fiocruz.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=298&Itemid=86](http://www.iberblh.icict.fiocruz.br/index.php?option=com_content&view=article&id=298&Itemid=86) Acceso: (10 de Febrero de 2012).

- Asesoramiento al Ministerio de Salud Pública del Ecuador para la ejecución y desarrollo del proyecto.
- Capacitación de profesionales de salud en el manejo de equipos del banco de leche humana.
- Desarrollo de un sistema informativo de bancos de leche humana.
- Prestación de conocimientos técnicos, que permita la instalación de la infraestructura adecuada para el banco de leche humana.

Según, el Informe de la Agencia Brasileña de Cooperación, las actividades ejecutadas, fueron las siguientes:<sup>264</sup>

- En el mes de noviembre del año 2006, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, adquirió equipos especializados para el almacenamiento de la leche humana, por un monto de \$1.000 dólares, gasto asumido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, que fueron instalados en la Maternidad Isidro Ayora.
- En este mismo mes, se desarrolló en la ciudad de Quito, la capacitación de técnicos ecuatorianos, para el funcionamiento, procesamiento y control de calidad de la leche materna, por 15 días, por un costo de \$28.280 dólares (\$12.780 proceden de la ABC, \$2.000 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y \$13.500 dólares del Ministerio de Salud de Brasil).
- Para la creación del sistema de información fue necesaria la capacitación de los técnicos en la utilización de las herramientas de información, en el sistema de control de producción y en el sistema de monitoreamiento de calidad de leche humana. Con este propósito, en el mes de marzo del 2007 en la ciudad de Quito, se realizan dos actividades:
  - 1) Creación del sistema de información, con el apoyo de dos técnicos expertos en el procesamiento y control de calidad de la leche materna, durante 15 días.

---

<sup>264</sup> Agencia Brasileña de Cooperación (ABC). Cooperación Técnica entre países en desenvolvimiento. BRA/04/044. Brasil – Ecuador. Implementación de Banco de Leche Humano Isidro Ayora. Enero de 2007.

2) Capacitación técnica, para el control, producción y sistema de monitoreamiento de calidad de leche humana en el Ecuador, durante 15 días, por un costo de \$14.880 dólares (\$ 6.880 provienen de la ABC, \$ 2.000 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y \$ 6.000 del Ministerio de Salud de Brasil).

- En septiembre del 2007, llegó al país la Misión Brasileña, compuesta por un técnico del ABC y uno del Ministerio de Salud de Brasil, para la evaluación final del proyecto. El costo de esta actividad fue de \$4.120 dólares (\$ 2.620 dólares provinieron del ABC y \$ 1.500 dólares del Ministerio de Salud de Brasil).<sup>265</sup>

#### CUADRO N°9

##### Presupuesto para el proyecto “Ejecución del Banco de Leche Humana Isidro Ayora”

Presupuesto	ABC	Ministerio de Salud Pública del Ecuador.	Ministerio de Salud de Brasil.	Total
Misión de evaluación	2.620	X	X	2.620
Consultores	X	300	21.000	21.300
Entrenamiento en grupo	19.660	4.000	X	23.660
Material permanente	X	1.000	X	1.000
Total	22.280	5.300	21.000	48.580

**Fuente:** Elaboración Propia. Agencia Brasileña de Cooperación (ABC). Cooperación Técnica entre países en desarrollo. BRA/04/044. Brasil – Ecuador. Implementación de Banco de Leche Humano Isidro Ayora. Enero de 2007.

Como, se observa en el cuadro anterior, la financiación del proyecto se ejecutó con aportaciones económicas de los propios participantes, siendo Brasil, el de mayor participación.

El monto de esta asistencia, fue de \$ 48.580 dólares (\$ 22.280 dólares provienen del Gobierno Brasileño, a través del “*Proyecto BRA/04/044-Implementacion de Proyectos de*

<sup>265</sup> Agencia Brasileña de Cooperación (ABC). Cooperación Técnica entre países en desarrollo. BRA/04/044. Brasil – Ecuador. Implementación de Banco de Leche Humano Isidro Ayora. Enero de 2007.

CTPD con América Latina, África y CPLP”,<sup>266</sup> \$ 21.000 fueron entregados por el Ministerio de Salud de Brasil y \$5.300 fueron otorgados por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador).<sup>267</sup>

Las aportaciones de cooperación técnica y financiera de los gobiernos de Brasil y Ecuador, hicieron posible en marzo del 2007, el Primer Banco de Leche Humana en el país.

#### 4.1 Actores

El Gobierno de Brasil, designó a la Agencia Brasileña de Cooperación (ABC) y al Ministerio de Relaciones Exteriores (MRE), como instituciones encargadas de la coordinación y seguimiento de las acciones de este convenio. De igual forma, el Ministerio de Salud de Brasil, fue el organismo responsable de su ejecución.<sup>268</sup>

En el caso del Gobierno Ecuatoriano, el Instituto Ecuatoriano de Cooperación Internacional (INECI), estuvo a cargo de la coordinación y evaluación de mencionado “*Acuerdo Complementario*.” Y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, como organismo ejecutor, tenía la responsabilidad de ejecutar las “*actividades resultantes*” de mencionado convenio.<sup>269</sup>

La “Ejecución del Banco de Leche Humana Isidro Ayora”, en el año 2007, se trató de un proyecto de *cooperación horizontal sur-sur bilateral*, que sirvió para fortalecer el eje social de salud materno infantil. Brasil, como país cooperante, ha ejecutado este tipo de programas en otros países de la región, pues cuenta la experiencia suficiente respecto a la lucha contra la mortalidad infantil.

Bajo esta perspectiva, cabe mencionar que Brasil, es el único país en América Latina, que ha logrado alcanzar la meta 4, referente a reducir la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años en la región. Por lo cual, la ejecución del proyecto de Bancos de Leche Humana en el

---

<sup>266</sup> **CPLP se refiere a la Comunidad de Países de Lengua Portuguesa.**

<sup>267</sup> Agencia Brasileña de Cooperación (ABC). Cooperación Técnica entre países en desenvolvimiento. BRA/04/044. Brasil – Ecuador. Implementación de Banco de Leche Humano Isidro Ayora. Enero de 2007.

<sup>268</sup> Derecho Ecuador. Registro Oficial. Internet. [http://www.derechoecuador.com/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=221](http://www.derechoecuador.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=221). Acceso: (9 de Febrero de 2012).

<sup>269</sup> Ibíd.

Ecuador, concuerda con los objetivos del plan nacional de desarrollo del gobierno 2007-2010, y el PNBV 2009-2013.

De acuerdo, con la Constitución de 1998, el Estado debía garantizar la atención en salud a los menores de seis años de edad y promover una cultura por la salud que posibilite el acceso alimentario y nutricional de madres e hijos como prioridades de las acciones del Estado. En este sentido, la “Ejecución del Banco de Leche Humana Isidro Ayora”, cubriría la necesidad del hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora, de entregar leche materna a los neonatos que no pueden lactar y que además son de escasos recursos.

Bajo esta premisa, Brasil, trasfiere tecnología adecuada y avanzada, además, de la capacitación del personal, para generar un centro especializado en el procesamiento de la leche humana. El centro de Banco de Leche Humana, se encargaría entonces, del tratamiento adecuado de la leche materna que donan varias madres, y de entregarlo a los infantes que la requieran.

En la Constitución del 2008, el Estado se compromete a financiar la maternidad gratuita y la atención a la infancia, promoviendo el acceso permanente a servicios de salud adecuados y la gratuidad de los servicios de salud materna. El caso de la implantación del Banco de Leche en diversas provincias del país, ha tenido connotación en cuanto a tecnificar el proceso y contribuir a la prevención de la desnutrición aguda y crónica de la población infantil.

De acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010, la “*Ley de Maternidad Gratuita y la Atención a la Infancia*”<sup>270</sup> formulada en 1994, no generó mayores resultados, durante estos

---

<sup>270</sup> “La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia es un instrumento para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres, y de los derechos a la salud de niñas y niños menores de cinco años en el Ecuador, consagrados en la actual Constitución. La Ley es un aporte para superar la barrera económica de acceso a la salud al financiar los gastos por medicamentos, micronutrientes (vitaminas), insumos médicos y de laboratorio, sangre y sus componentes, para prestaciones de salud sexual y reproductiva y de salud infantil sin costo para los/las usuarios/as en todas las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública del país.” *En: Gobierno Nacional de la República del Ecuador. Ley de Maternidad Gratuita y atención a la Infancia*. *Internet: <http://www.maternidadgratuita.gob.ec/>*

años, debido a la ausencia de cobertura y una débil difusión de sus beneficios. Esto, género que, la cobertura planteada no alcance los niveles deseados.

Por tanto, en el Ecuador el mejoramiento del nivel nutricional de las madres fue mínimo, y la incidencia de esta ley no logró beneficiar a grupos importantes como las madres solteras especialmente adolescentes en su totalidad, lo que condujo a que, los indicadores de morbilidad materna se mantengan en parámetros no satisfactorios.

Antes esta situación, el gobierno se compromete en el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013, a equipar los servicios de salud materno- infantil. Para ello, se establece como prioridad nacional, la transferencia de conocimientos y tecnología, que aporten a mejorar las condiciones de vida y de salud de la población ecuatoriana.

Con estos precedentes, la implementación de “Bancos de Leche,” a nivel nacional, se da, con el propósito de promocionar la lactancia materna como una estrategia dirigida especialmente a los grupos de madres adolescentes, las cuales, por su inmadurez, no valoran los beneficios de la leche materna en el crecimiento y desarrollo de sus hijos/as, y su incidencia para disminuir la desnutrición y la morbilidad infantil.

Con estos precedentes, se puede afirmar que, el proyecto de asistencia sur-sur bilateral de Brasil, da apoyo a la gestión del gobierno local y central para el cumplimiento de los objetivos del PNBV 2009-2013.

Actualmente, como política del MPS, se promueve lactarios institucionales y la promoción de la lactancia materna mínimo de 6 meses hasta los dos años, que es la etapa en la vida donde los órganos y sistemas, especialmente el sistema nervioso se desarrolla permitiendo un crecimiento y desarrollo físico e intelectual adecuado.

## **4.2 Relación cooperante y beneficiario.**

La cooperación horizontal sur-sur Bilateral, Brasil-Ecuador en el proyecto del Banco de Leche, se trata de una asistencia, en la cual, los socios, tiene un nivel de desarrollo diferente,

por lo que, el apoyo en la ejecución de este proyecto, fue básicamente, la transferencia de capacidades, conocimientos y tecnología, con aportaciones de los propios participantes.

Brasil como país cooperante, ha generado la implantación de varios centros especializados en el manejo de salud materna-infantil en varios países latinoamericanos.

Por el contrario, en el Ecuador, antes del 2007, no existía un avance tecnológico, ni personal calificado, para el procesamiento de leche humana. Sin embargo, a partir del proyecto de Bancos de Leches Humana, el país como socio receptor, adquiere conocimientos técnicos y la capacitación del talento humano para el manejo adecuado de estos centros de salud materno-infantil. Según los objetivos del PNBV 2009-2013, la política exterior está orientada a fomentar relaciones entre iguales, que faciliten el Sumac Kausai o Buen Vivir.

Con estos precedentes, se identifica claramente el rol que cada país cumple como socio participante. Esta situación, es una gran ventaja presente en la asistencia horizontal sur-sur, pues, genera complementariedad entre las partes.

En este sentido, para la ejecución del proyecto, el estado Brasileño se compromete a dar asistencia técnica continuada a los profesionales de salud del Ecuador, con un presupuesto estimado de 23.280.00 millones de dólares. El estado ecuatoriano por su parte entrega 5.300 dólares para el desarrollo de los resultados a ser alcanzados.

Las actividades, para la ejecución del proyecto, fueron reguladas bajo las normativas de cooperación internacional de ambos países.

Con estos precedentes, la relación entre el cooperante y el beneficiario se desarrolló de la siguiente manera:

- Diálogo político entre las partes contratantes.
- Definición de los objetivos, actividades, y resultados esperados, por parte de las instituciones brasileñas y ecuatorianas.
- Intercambio de experiencias sobre la lactancia materna en Ecuador y Brasil
- El cooperante y el receptor eran responsables de la coordinación, ejecución, evaluación y seguimiento del proyecto.

- **Presupuesto compartido:** El proyecto, era financiado por ambos gobiernos, a través de sus entidades ejecutoras.

#### **Beneficiarios:**

Según el Equipo del Banco de Leche Hospital Gineco - Obstétrico "Isidro Ayora" (HGOIA), los beneficiarios fueron los siguientes:

- Se realizaron 38.408 consultas en el Banco de Leche en el HGOIA, durante el período 2008-2011.
- 2234 recién nacidos fueron beneficiados de la leche materna de la sala de neonatología del HGOIA en el período 2008-2011.

### **4.3 Resultados**

Según el Equipo del Banco de Leche Hospital Gineco - Obstétrico "Isidro Ayora" (HGOIA): en el período 2008-2011, el volumen de leche pasteurizada fue de 2035.78 litros. Cabe señalar que, desde el 2008, el volumen de leche pasteurizada se va incrementando.<sup>271</sup>

El área física del banco de leche materna en la actualidad cuenta con 10 secciones para la ejecución de las siguientes actividades: a) preparación de las madres donadoras, b) extracción de la leche materna humana, c) descongelamiento, d) pruebas físicas de selección, e) realización de pruebas químicas, f) pasteurización, y g) almacenamiento, refrigeración, congelamiento.<sup>272</sup>

El Primer Banco de Leche Humana en el Hospital Gineco - Obstétrico "Isidro Ayora" en el 2007, dio paso, a la creación de otros bancos de leche humana en varias provincias del país.

Actualmente existen 7 bancos de leche humana en diferentes zonas del país, estos son: Hospital Gineco - Obstétrico "Isidro Ayora" (Quito); Maternidad Santa Marianita de Jesús (Guayaquil), Hospital Martín Icaza de Babahoyo, Hospital Verdi Cevallos (Portoviejo),

---

<sup>271</sup> Equipo del Banco de Leche-HGOI. *Banco de Leche Humana, Resumen*. Quito: MSP, HGOIA; mayo del 2009.

<sup>272</sup> *Ibíd.*

Hospital Regional Docente (Ambato), Hospital Provincial General Docente (Riobamba), Hospital Vicente Corral Moscoso (Cuenca).

Para completar el análisis, sobre la cooperación internacional norte-sur y sur-sur en salud, observaremos los componentes de los casos, para conocer cómo han funcionado los procesos de cada una de las intervenciones a favor del país.

## 5. ELEMENTOS ANALÍTICOS SOBRE LOS CASOS ANALIZADOS

Debido a la baja inversión de los gobiernos del sur en servicios básicos, y a la ausencia de políticas sanitarias adecuadas, la situación de la salud en los países con menores niveles de desarrollo, por varias décadas, fue deficiente e inequitativa.

Ante esta realidad, la comunidad internacional, ha promovido varias iniciativas, para mejorar la calidad de vida de las personas en los países pobres. Una de ellas, surge a partir de la Cumbre del Milenio en el año 2000, cuando se menciona que: “*el mejoramiento de la salud es una parte constitutiva del desarrollo.*”<sup>273</sup> Desde entonces, los países desarrollados y las naciones con menores niveles de desarrollo, han pretendido, a través de la cooperación sur-sur y de la asistencia norte-sur, reducir las desigualdades en el sector de la salud, para maximizar las capacidades humanas.

### **Caso A: Principios Norte-Sur.**

La cooperación norte-sur, se ha caracterizado por la magnitud de sus recursos económicos y por las habilidades técnicas que puede ofrecer a los países receptores. Durante décadas, se ejecutó en un marco asistencialista, determinado por las condicionalidades que imponía. En los últimos años, se ha elaborado un nuevo esquema de apoyo norte-sur, basado en una *cooperación para el desarrollo*, que reúne elementos de solidaridad y exige una ayuda no condicionada.

El Reinado de Bélgica, es uno de los países del norte, que responde a este nuevo esquema. Pues, a través de la CTB, ha pretendido impulsar en sus 18 países socios, estrategias de progreso, orientadas a promover el desarrollo humano sostenible.

---

<sup>273</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). La salud en el Desarrollo. Discurso inaugural pronunciado por el Profesor Amartya Sen, Rector del Trinity College, Cambridge, Premio Nobel de Economía, ante la 52a Asamblea Mundial de la Salud. Internet. [http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/513/La\\_salud\\_en\\_el\\_desarrollo\\_-\\_Amartya\\_Sen.pdf](http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/513/La_salud_en_el_desarrollo_-_Amartya_Sen.pdf). Acceso: 22 de Abril de 2012.

De acuerdo a lo expuesto en el Caso A; el Ecuador, como país socio de la cooperación belga, recibió en el 2005, una asistencia económica no reembolsable de 4 millones de euros para la ejecución del proyecto “Salud de Altura.”

“Salud de Altura,” como menciona la Economista Ruth Lucio, nace posicionada entre el nivel estratégico y político, sin embargo se desarrolló en una coyuntura poco favorable, ya que, con el triunfo de Rafael Correa como Presidente de la República del Ecuador a finales del 2006, se produce un cambio de visión de cómo abordar los problemas del sector de la salud. Esta situación sin duda, evito que el proyecto culmine.

Para un mejor entendimiento, a continuación se detallan varias de estas manifestaciones:

- El Gobierno actual, no se manifiesta a favor del AUS, ya que promueve un subsidio público de salud, en el cual el Estado es el garante.
- A pesar de que, durante el Gobierno de Alfredo Palacios, cada uno de los gobiernos locales debía desarrollar el AUS, con una óptica nacional, el actual presidente de la República del Ecuador, juzgó a “Salud de Altura”, de ser un plan más localista, por ende disminuye el apoyo económico, y el proyecto queda sin aval político.
- La propuesta de “Salud de Altura,” se plantea en un contexto en el cual los sistemas de salud públicos son inequitativos, de mala calidad, e insuficientes, que no cubren las necesidades de las poblaciones más vulnerables.

Las políticas de salud del Estado de igual manera no tuvieron un cambio importante para responder a las demandas de la población, especialmente de los sectores más vulnerables. En este sentido, como alternativa para suplir esta deficiencia el proyecto “Salud de Altura”, propuso la creación de una estrategia de aseguramiento universal de salud, como medio para dar respuesta a las necesidades de salud de la población.

- La propuesta del aseguramiento tenía la finalidad de responder a esta demanda a través de la participación de los prestadores públicos de salud y del concurso de prestadores privados para incrementar la cobertura de la salud.

- Como una línea estratégica propuso intervenir en el mejoramiento de la infraestructura de los centros y sub centros públicos con la finalidad de mejorar el acceso y la calidad de estos servicios.
- El proyecto, asignó el presupuesto para cubrir de los costos de la atención, considerado como subsidio parcial para el aseguramiento, por cuanto el costo para los beneficiarios del seguro fue de carácter simbólico.
- Durante el inicio del aseguramiento se logró incluir a grupos poblacionales con niveles de pobreza bajo, así como también a grupos vulnerables, a organizaciones sociales de comerciantes minoristas de mercados y otras agrupaciones que tenían dificultades en acceder a los servicios de salud.
- Al asumir el mandato constitucional que disponía la gratuidad de la salud en nuestro país, el proyecto “Salud de Altura”, perdió espacio, por lo que se tuvo que replantear la propuesta y dar por terminado el aseguramiento.

#### **Caso B: Principios Sur-Sur.**

En el caso de la cooperación sur-sur, que surge recientemente como una nueva alternativa de asistencia, el apoyo se ha caracterizado no por los recursos financieros que ofrece, sino por brindar una “*relación de intercambio,*” en la cual, los países en desarrollo obtienen beneficios mutuos, debido a las similitudes que tienen.

En este sentido, la cooperación de Brasil para el Ecuador a través del proyecto de “Ejecución del Banco de Leche Materna en el Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora”, estuvo regida por los siguientes principios:

- **Horizontalidad:** Durante la ejecución del proyecto, Brasil se presenta como país socio y no como donante. Esta situación, produjo que las relaciones entre estas naciones se desarrollen en términos de iguales para el desarrollo, sin condicionalidades de por medio.
- **Consenso:** En el 2004, el gobierno brasileño y el estado ecuatoriano, ya habían acordado realizar gestiones de intercambio de conocimientos y experiencias entre las partes en el ámbito de la salud, debido al interés que tienen ambos países en este sector social.

Con este precedente, en el 2007, nace el plan “Ejecución del Banco de Leche Humana en el Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora,” que se trató de un proyecto de cooperación técnica bilateral, de mutuo acuerdo, en el cual las partes, concertaron ser responsables por igual de su correcta ejecución. Con este propósito, el gobierno de Brasil y de Ecuador, asumen la responsabilidad de coordinar conjuntamente las actividades a realizarse.

- **Equidad:** Las experiencias y conocimientos compartidos durante la ejecución del proyecto, fueron provechosos para ambos socios. En el caso del Ecuador, las destrezas técnicas transmitidas servirían para generar nuevos banco de leche en otras zonas del país.

En el caso de Brasil, la ejecución del proyecto en el Ecuador, es un modelo a ser reproducido en otros países de la región y fuera de ella, posibilitando la creación de redes brasileñas de salud materna e infantil.

Finalmente, para la “Ejecución del Banco de Leche Humana en el Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora,” las partes acuerdan asumir los costos por igual, para que los beneficios sean distribuidos de manera equitativa.

## **Relación Cooperante - receptor**

### **Caso A:**

La cooperación técnica de Bélgica, a través del proyecto “Salud de Altura”, demostró que este tipo de asistencia bilateral respeta la soberanía del país receptor, pues fue adaptando y orientando sus propósitos a los nuevos lineamientos y políticas gubernamentales de las administraciones de turno.

Esto hizo del proyecto, una cooperación atípica, respetuosa, pues, no se impusieron normas ni condicionalidades para el país, a cambio del apoyo económico y técnico del Reinado de Bélgica. Esta situación, se debe a que el cooperante no tiene ningún interés geoestratégico en el Ecuador, por ende la relación entre el donante y el receptor se trató de una asociación

que pretendía promover el desarrollo, y que además, respetó los objetivos y planes de desarrollo la nación.

Finalmente, “Salud de Altura” se inició en un contexto de diálogo, que permitió identificar la necesidad de mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud mediante la propuesta del AUS. El proyecto respondió a las expectativas de las contrapartes.

#### **Caso B:**

Las relaciones sur-sur entre Brasil y Ecuador, no se han visto limitadas por la riqueza económica del país emergente, ya que, cada país como socio del desarrollo, ha podido transmitir sus propias experiencias y capacidades.

Desde esta perspectiva, la “Implementación del Banco de Leche Humana en el Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora de Quito,” fue visto como un proyecto de intercambio de experiencias y de cooperación técnica, basado en el interés mutuo y la equidad.

La cooperación técnica de Brasil, a través del proyecto “Implementación del Banco de Leche Humana en el Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora de Quito,” prestó asistencia bilateral, que respondió a la necesidad sectorial que tenía el Ecuador en materia de alimentación materna.

#### **Caso A: Cumplimiento de los principios de la Declaración de Paris**

- I) Apropriación: El estado ecuatoriano ejerció *autoridad efectiva*, en el proyecto “Salud de Altura”, pues obligó a que el proyecto se adapte a lineamientos políticos de los gobiernos de turno, sin permitir que el donante imponga su voluntad.
- II) Alineación: El Reino de Bélgica, respetó las políticas de cooperación del país, adaptando sus resultados esperados a las pautas establecidas por el denominado PNBV 2009-2013.
- III) Armonización: El Reino de Bélgica, comprende que el Ecuador como país de renta media, recibe varios tipos de cooperaciones, por ello, concentra su asistencia en dos sectores sociales; la salud y desarrollo rural.

IV) Gestión orientada a resultados: con el propósito de utilizar de manera más eficaz los recursos, la CTB, mediante el proyecto “Salud de Altura”, orientó la gestión a cuatro resultados esperados, para de esta manera, establecer indicadores que debían cumplirse hasta la culminación del proyecto en el 2009.

R1. Integración de los sistemas de información de los servicios de salud del DMQ.

R2. Calidad en los servicios.

R3. Articulación de los actores de los servicios de salud.

R4. Aseguramiento Universal en salud.

V) Mutua responsabilidad: En un inicio, las partes contratantes de “Salud de Altura”, se comprometieron a ser responsables de la consecución de los objetivos del proyecto, sin embargo, a partir del 2007, el gobierno ecuatoriano deja de apoyar el programa, dejándolo sin apoyo económico y político.

#### **Caso B: Cumplimiento de los principios de la Declaración de Paris**

I) Apropiación: Como se trata de una CSS, los países socios, acordaron conjuntamente los procedimientos que debían seguirse para la ejecución del banco de leche materna, por ende las operaciones no fueron impuestas por la cooperación de Brasil.

II) Alineación: La República Federativa de Brasil, encamina su asistencia a los objetivos nacionales de desarrollo del país, alineando y respondiendo a las necesidades de los sectores sociales.

III) Armonización: En el Ecuador, no existía otro programa para la implementación del Banco de leche materna, por ende la iniciativa de Brasil, complementa la necesidad en materia de salud que tenía el país, sin interferir en otros proyectos sociales.

IV) Gestión orientada a resultados: Para la consecución de los objetivos específicos del proyecto de implementación del banco de leche, los responsables del programa, identificaron y establecieron cuatro resultados a ser alcanzados.

R1. Proyecto de implantación del banco de leche en la Maternidad Isidro Ayora de Quito.

R2. Capacitación técnica a funcionarios en cuanto al procesamiento y control del banco de leche.

R3. Sistema de Información sobre el Banco de Leche en el país.

R4. Monitoreo y evaluación del proyecto.

Todas estas actividades, contaban con: a) cronograma físico y financiero de elaboración, y b) detalle de cada actividad con sus respectivos responsables.

V) Mutua Responsabilidad: El Gobierno del Ecuador y de Brasil, se comprometieron a ser responsables de los resultados del proyecto. Para ello, acordaron coordinar conjuntamente las actividades a realizarse y a compartir los costos de la implementación del banco de leche.

## 6. CONCLUSIONES GENERALES

- A partir del trabajo realizado, hemos comprobado que la dinámica de la cooperación norte-sur y la asistencia horizontal sur-sur, conservan elementos fundamentales de la Teoría de los Regímenes Internacionales, pues convergen tres corrientes (realista, neoliberal y cognitivista). De tal manera que, en la CID, están presentes aspectos de compasión y cálculo; poder e intereses y visiones compartidas.
- Basado las corrientes teóricas de los regímenes internacionales, son muchas las motivaciones que llevaron a los estados y a los nuevos actores del sistema internacional a cooperar conjuntamente. Desde la perspectiva racionalista, el hegemon establece normas y reglas para otros miembros, trayendo consigo un sistema de poder sobre los países en desarrollo. Desde la corriente neoliberal, los estados dejan de lado, sus intereses nacionales e individuales, para cooperar y formar regímenes que les permitan alcanzar sus objetivos. Finalmente desde la visión cognitivista, las acciones desempeñadas por los asociados, reflejan el reconocimiento de visiones compartidas para la inclusión de los regímenes como entidades que dan cabida al orden internacional.
- “*La condicionalidad de la ayuda*” por varios períodos, ha estado ligada a factores que en su mayoría responden a intereses económicos y políticos de los principales cooperantes, con el propósito de aumentar los mercados para los productos de las empresas de su nacionalidad, y su influencia internacional. No podemos afirmar que, este tipo de asistencia, haya respetado la soberanía de los países receptores que en su mayoría han sido las naciones del sur; puesto que, el crecimiento de los estados con menores niveles de desarrollo no debería estar subordinado al interés o a las exigencias doctrinarias de los donantes.

Basado en el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* y el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. Los Estados tienen derecho a su libre determinación, es decir que pueden establecer su condición económica y social, sin que ningún otro país interfiera, pues esto quebrantaría la soberanía nacional de cada nación.

- La vinculación de la cooperación internacional con el desarrollo, durante la década de los 90, permitió la inclusión de nuevos temas en la agenda mundial, como son el desarrollo de capacidades humanas, la defensa del medio ambiente, y de los derechos humanos.

Esto, unido a la necesidad de lograr resultados tangibles, llevó a determinar los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los cuales estuvieron encaminados a combatir la pobreza, el hambre, el analfabetismo, y la discriminación contra la mujer entre otros.

A pesar de, que los objetivos son mínimos y poco ambiciosos, aún antes de la crisis financiera que arranca en el 2007, los progresos en torno a los ODM reflejaban un insuficiente avance para llegar a las metas e indicadores establecidos a nivel mundial. Ante esto, los países desarrollados reafirmaron el compromiso de incrementar su ayuda, pero también establecieron la necesidad de revisar los criterios que orientan la ayuda; de allí surgen las Declaraciones de París y de Accra, que buscan aumentar la eficacia de la ayuda.

- Pocas naciones del norte, han cumplido con el compromiso de destinar el *0,7% de su producto nacional bruto* para la ayuda al desarrollo. Esta realidad, responde al carácter discrecional y voluntario de la AOD, que permite el incumplimiento de los compromisos adquiridos, sin que exista ninguna responsabilidad por este tipo de comportamientos. Aunque, los hechos demuestren que estos actos, deben ser penados, de nada sirve, si los propios estados fundadores de la cooperación no reconocen el carácter solidario de la ayuda al desarrollo.
- La cooperación internacional y la ayuda oficial al desarrollo, a pesar de su trascendencia en la historia, son solamente recursos complementarios de los esfuerzos de cada gobierno para promover en el desarrollo dentro de sus naciones. Pues son los estados de cada nación del sur, los llamados a generar mayores niveles de productividad y a poner en marcha el progreso dentro de su territorio.

- La proliferación de varios donantes hoy en día, es uno de los principales problemas de la cooperación internacional, pues, en los últimos períodos, el incremento de varios cooperantes privados, públicos, y ONG's en la industria de la ayuda, ha generado una duplicación de proyectos y programas. Esta situación, desgasta los recursos de origen de los países del norte, porque, la proporción de la asistencia que llega a las naciones receptoras es mucho menor a la inicial, debido a los altos costes de transacción.
- En el sistema de cooperación internacional, existen una infinidad de actores, que actúan como intermedios, para hacer llegar la ayuda a su destino. La intervención de las agencias de desarrollo, de las ONGs, de Organizaciones de base, de asesores, y de autoridades financieras, desgastan los flujos de los fondos de asistencia externa en un 60%. Por ello, más que crear acciones, que favorezcan el uso adecuado de los recursos, la "Industria de la ayuda," es un sistema de poder, que configura un modelo asimétrico de la asistencia.

Por ello, se puede deducir que, mientras exista la "cadena de la ayuda," los donantes serán quienes decidan unilateralmente el destino de la cooperación externa.

- A pesar de la adopción de los compromisos de la Declaración de París, para maximizar la eficacia de la ayuda; no está garantizada la implementación de los principios y objetivos allí establecidos. Esto se debe a que, los cinco compromisos de la DP, fueron formulados sin considerar el contexto de cada nación, por ende su aplicación se dio en forma parcial, es decir, por un lado los países donantes han aplicado con mayor determinación, elementos de responsabilidad mutua, gestión orientada a resultados y armonización, mientras que, los estados beneficiarios han hecho mayor hincapié en dos compromisos: alineación y apropiación.
- El descenso de los flujos de la AOD en la región de América Latina, desde el año 2000, responde a las nuevas tendencias y prioridades de la cooperación. Como resultado de esta realidad, varios donantes bilaterales como Alemania, Suecia y Reino Unido, han ido disminuyendo sus aportaciones paulatinamente desde el 2001, hasta el retiro definitivo de la región, sin considerar que, la tasa de pobreza en Latinoamérica es del 31.4%, es decir 18.6% menos que, la tasa de pobreza en Asia

Meridional. Por lo tanto, la clasificación determinada por el CAD, para otorgar la ayuda, no es adecuada, pues no considera que, existen aún en la región varios sectores de la población que no cuentan con niveles de vida adecuados.

- Desde la Conferencia de Bandung en el año de 1955, varios países del Sur, se han ido convirtiendo poco a poco en actores y oferentes relevantes de la cooperación para otras naciones en desarrollo. En la actualidad, naciones como China, India, Singapur, Brasil, Tailandia, México, Sudáfrica, Argentina, Cuba, Colombia y Venezuela, han incrementado la asignación de recursos para este tipo de asistencia. Los proyectos sur-sur, basan su asistencia, en la asociación entre gobiernos; en el diálogo, y en el consenso en torno a los problemas y necesidades del sur. Todo esto hace de la CSS, una asistencia más accesible y menos condicionada, que se ajusta y responde a las realidades de los países menos evolucionados.
- Los países oferentes y beneficiarios en la CSS, participan en la formulación y ejecución de los proyectos y programas, dando paso a la corresponsabilidad y coordinación entre actores. Esta situación, permite en principio que, los resultados sean mejores y puedan ser reproducidos en otras zonas de la región.
- La asistencia sur-sur no se trata de una mera cooperación, sino que promueve el fortalecimiento de las capacidades del país beneficiario. Por ejemplo, en la cooperación Brasil - Ecuador, en la ejecución del proyecto “banco de leche humana”, el país receptor, adquirió conocimientos técnicos y prácticos sobre el manejo adecuado de esta institución. estas experiencias, se han incorporado a satisfacer las necesidades y realidades sanitarias de las gestantes en la nación, permitiendo la creación de nuevos bancos de leche humana en varias regiones del país, especialmente en zonas de mayor vulnerabilidad.

En el caso del oferente, la implementación de estas instituciones en varios países de la región latinoamericana, responde al interés que tiene Brasil en la consecución de los ODM, para reducir la mortalidad infantil en el mundo.

- Finalmente, la cooperación sur-sur, por la cercanía geográfica de varios de sus socios, resulta ser más accesible que la CNS, ya que los costes transacción son menores, debido a que existe una menor intervención de actores internacionales.
- En el caso ecuatoriano, desde el año 2007, se han establecido políticas y lineamientos para la cooperación internacional, que orientan la asistencia externa al cumplimiento de los objetivos del PNBV. Esto resulta ser un gran avance para el país en tema de cooperación, pues nuestra nación como receptora de la ayuda, es en la actualidad quien designa los sectores y áreas de intervención. Con esta exigencia el gobierno ha pretendido alinear la ayuda hacia otras zonas del país, las cuales tradicionalmente han sido rezagadas.
- En el período 2005-2009, los flujos de cooperación no reembolsable para el Ecuador representaron \$207,82 millones de dólares, mientras que, el Presupuesto General del Estado fue de \$13.730,34 millones de dólares.

Con esto se puede concluir que, los flujos de cooperación Internacional no reembolsable, en comparación con el Presupuesto General del Estado, son marginales. Este escenario, no implica que no haya asistencia, pues si la hay, pero es mínima en contraste con los recursos que el gobierno designa anualmente para los diversos sectores sociales. Por lo tanto, el monto de asistencia para el Ecuador, no tiene impacto directo, en ciertos objetivos del PNVB 2009-2013.

- La cooperación de Bélgica para el Ecuador, a través del proyecto “Salud de Altura” en el Distrito Metropolitano de Quito, generó la oportunidad de mejorar la accesibilidad de la población a servicios de salud con inversión en infraestructura; además del fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos mediante la generación de normas y procedimientos técnicos basados en la normativa de órgano rector el MSP, encaminados a mejorar la atención con calidad y calidez. La propuesta del seguro de salud para la población de quintiles 1 y 2 permitió que esta población pueda acceder a servicios de salud públicos y privados. Por la gratuidad implementada por el actual gobierno este proceso finalizó.

- La cooperación sur- sur de Brasil para el país, a través del proyecto, “Banco de Leche Materna,” desarrolló la implementación de dicha institución en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito. Este a su vez, ha sido el generador en el país de una red de bancos de leche, que está contribuyendo a disminuir un grave problema de salud en la población infantil que es la desnutrición. Por esta consideración esta línea de cooperación ha contribuido positivamente a nuestro país.

#### **RECOMENDACIONES:**

- Los países beneficiarios de la cooperación internacional deben, optimizar los recursos asignados por los países cooperantes, mediante la priorización de los problemas que afecten a los grupos y poblaciones más vulnerables e invertir efectivamente en su solución.
- Frente al incorrecto uso de los recursos de cooperación internacional, es necesaria, la creación, de un sistema de información de asistencia externa, que de cuentas de la ejecución de los fondos de ayuda. Esto, por un lado, beneficia a las naciones donantes, pues pueden conocer el uso final de sus recursos. En el caso de los beneficiarios, se conocerá de manera más segura la utilización de los flujos de la ayuda.
- La priorización de gasto de estos recursos externos entregados a los países beneficiarios, deben ser dirigidos a incidir en los determinantes sociales que afectan el desarrollo social y económico de la población, como son la seguridad alimentaria, el acceso a agua segura, el acceso a servicios básicos, y la movilidad, entre los objetivos mas importantes.

## 7. Bibliografía

### LIBROS

#### A

- Agencia de Cooperación Internacional (AGECI). El estado Ecuatoriano y la cooperación internacional para el desarrollo. Documento de políticas.
- Agencia Ecuatoriana de Cooperación internacional (AGECI). Informe de Cooperación internacional No Reembolsable en el Ecuador 2007-2009, Quito, Graphus, Prime Edición, 2010.
- Asesoría de Asuntos Internacionales de Salud (AISA). Boletín de la actualización internacional brasileña en salud. Brasília, Charbel Gráfica, Edición nº1, 2009.

#### B

- Bart Criel y Jean Macq. "Reflexiones sobre el Aseguramiento Universal en Salud". Quito-Ecuador. Octubre 2006.
- Bruno Ayllon Pino. Las Contribuciones de los países emergentes al desarrollo internacional: el caso de Brasil (2003-2010). Córdoba, Argentina, X Congreso Nacional de Ciencia Política (SAAP) ,2011.

#### D

- David Sogge. Dar y tomar: ¿Qué sucede con la ayuda internacional? Barcelona, Icaria Editorial, s. a, 2002.
- Diego Cando. Cooperación Sur-Sur, Quito, IAEN, 2011.

#### E

- El Barómetro de Quito: Indicadores Sociales Geo referenciados del Distrito, sus Administraciones Zonales y Parroquias. Quito, Salud de Altura, Diciembre 2006
- Evelyn Flores. El Funcionamiento de los Organismos Internacionales en el entorno mundial actual. La Organización de Naciones Unidas, en el Proyecto de los Objetivos del Milenio y su aplicación en el Ecuador. Quito, Tesis Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2007.

## I

- Instituto Ecuatoriano de Cooperación Internacional. Ministerio de Relaciones Exteriores. Cooperación para el Desarrollo Ecuador 2003-2004, Quito, Graficas Ortega.
- Instituto Ecuatoriano de Cooperación Internacional. Ministerio de Relaciones Exteriores. Cooperación para el Desarrollo Ecuador 2005. Quito, LIDAR Diseño e impresión.
- Instituto Ecuatoriano de Cooperación Internacional (INECI). Ministerio de Relaciones Exteriores. Ecuador 2000.Cooperación para el Desarrollo, Quito, PRINTER GRAPHIC.

## L

- Lucio Ruth. Los servicios públicos de atención de salud del DMQ: cantidad, calidad y costos

## O

- Olivé Iliana. UN BALANCE DE LA AYUDA AL DESARROLLO 2006: ¿DISMINUYE LA AYUDA? Internet.[http://www.almendron.com/tribuna/15610/un-balance-de-la-ayuda-al-desarrollo-2006 %C2%BFdisminuye-la-ayuda/](http://www.almendron.com/tribuna/15610/un-balance-de-la-ayuda-al-desarrollo-2006-%C2%BFdisminuye-la-ayuda/).

## P

- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010

## R

- RENGIFO, Cecilia, "Cooperación Internacional Bilateral para el mejoramiento de la competitividad de las MIPYMES del Ecuador en el periodo 2000-2008: Elementos decisivos en el éxito o fracaso del programa "Public and private partnership" de la GTZ, PUCE, 2010.T 309.223r293c.

## S

- Secretaria General Iberoamérica (SEGIB) Informe de la Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica, Madrid, Estudios SEGIB N°2, 2007.

- Secretaria General Iberoamérica (SEGIB) Informe de la Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica 2009, Madrid, Estudios SEGIB N°4, 2009 .
- Secretaria Técnica de Cooperación Internacional (SETECI). La cooperación sur – sur en cifras en el Ecuador.

## REVISTAS

- Agenda Social 2009-2011.” Equidad, calidad y eficacia de los servicios sociales para el buen vivir de la población.” Ministerio de Coordinación de Desarrollo social. Edición 1ra. Agosto de 2010. Quito, Ecuador.
- Cooperación Técnica entre países en desenvolvimiento. BRA/04/044. Brasil – Ecuador. “Implementación de Banco de Leche Humano Isidro Ayora.” Agencia Brasileña de Cooperación (ABC). Enero de 2007.
- Equipo del Banco de Leche-HGOI. “Banco de Leche Humana, Resumen”. Quito: MSP, HGOIA; mayo del 2009.
- Manual de Bolsillo. “Aseguramiento Universal de Salud (AUS)”. Salud de Altura, primera edición.

## EN INTERNET

### A

- Acordo Básico de Cooperação Técnica entre o Governo da Republica Federativa de Brasil e o Governo da Republica do Ecuador. Internet.  
[http://www2.mre.gov.br/dai/b\\_equa\\_41\\_1762.htm](http://www2.mre.gov.br/dai/b_equa_41_1762.htm).
- Agencia de Cooperación Internacional del Japón. Cooperación Financiera Reembolsable. Internet.  
<http://www.jica.go.jp/elsalvador/espanol/activities/activity03.html>.
- Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Internet.  
<http://www.usaid.gov>.
- Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional (AGECI). Ficha-País de cooperación internacional Reino de Bélgica. Internet.  
[http://www.seteci.gob.ec/index.php?option=com\\_docman&Itemid=216&limitstart=100](http://www.seteci.gob.ec/index.php?option=com_docman&Itemid=216&limitstart=100).
- Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional (AGECI). Ficha- País de Cooperación Internacional de Brasil. Internet.  
[http://www.seteci.gob.ec/index.php?option=com\\_docman&Itemid=216&limitstart=100](http://www.seteci.gob.ec/index.php?option=com_docman&Itemid=216&limitstart=100).

- Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional. Cooperación Bilateral. Internet.  
<http://www.accionsocial.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=289&conID=204&pagID=5936>.
- Álvarez Andrea y Beirute Tatiana. La Cooperación Sur-Sur en América Latina y posibles esquemas de cooperación triangular. Internet.  
[http://www.flacso.org/fileadmin/usuarios/imagenes/Publicaciones/Policy\\_Memo\\_Cooperacion\\_Sur-Sur.pdf](http://www.flacso.org/fileadmin/usuarios/imagenes/Publicaciones/Policy_Memo_Cooperacion_Sur-Sur.pdf).
- Ayuda Eficaz. Promoción de la cooperación Sur-Sur para el desarrollo: una perspectiva de 30 años. Internet.<http://www.ayudaeficaz.es/Eficacia-de-la-ayuda/Programa-de-acci%C3%B3n-de-Accra/Documentos.aspx?PID=517&NewsId=213>.

## C

- Capacitación Externa Asamblea General Modelo Regional 2009 – OAJNU. Ayuda Oficial al Desarrollo. Internet. <http://www.scribd.com/doc/21302880/Ayuda-Oficial-Para-El-Desarrollo>.
- Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR). Lactancia Materna y Nutrición. Internet.  
[http://www.cepar.org.ec/endemain\\_04/nuevo05/pdf/texto/12\\_lactnutricion.pdf](http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/texto/12_lactnutricion.pdf)
- Centro de Noticias de las Naciones Unidas. Concluye reunión de Doha con compromiso de fortalecer participación de países en desarrollo. Internet.  
<http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?NewsID=14249>.
- China-Brasil Perspectivas de Cooperación Sur-Sur: Internet.  
[http://www.nuso.org/upload/articulos/3357\\_1.pdf](http://www.nuso.org/upload/articulos/3357_1.pdf)
- Concalves Janice. Los Derechos Humanos. La Ayuda Oficial al Desarrollo y la gobernación democrática en los PMA. Internet.  
[http://cooperantes.proyektokalu.com/wp-content/uploads/Derechos\\_Humanos\\_Ayuda\\_Oficial\\_AI\\_Desarrollo\\_Gobernabilidad\\_En\\_PMA.pdf](http://cooperantes.proyektokalu.com/wp-content/uploads/Derechos_Humanos_Ayuda_Oficial_AI_Desarrollo_Gobernabilidad_En_PMA.pdf)
- Consejo General de Colegios Oficiales Médicos. Importancia de la cooperación en salud en una sociedad globalizada. Internet.  
[http://www.medicosypacientes.com/colegios/2010/11/10\\_11\\_12\\_entrevista](http://www.medicosypacientes.com/colegios/2010/11/10_11_12_entrevista).

- Coordinadora de ONG para el Desarrollo-España (CONGDE). AOD Hoy Discurso y realidad. Internet. [http://autonomicas.congde.org/documentos/222\\_1.pdf](http://autonomicas.congde.org/documentos/222_1.pdf).
- Cronología del Bloqueo a Cuba. Internet. <http://usuaris.tinet.cat/mgm/amigos1495.htm>

## D

- Definiciones y datos básicos. Cooperación Internacional para el Desarrollo. Internet. [http://ocw.unican.es/ciencias-sociales-y-juridicas/integracion-economica-europea/material-de-clase-1/modulo-7/7.1-definiciones-previas-y-datos-basicos/skinless\\_view](http://ocw.unican.es/ciencias-sociales-y-juridicas/integracion-economica-europea/material-de-clase-1/modulo-7/7.1-definiciones-previas-y-datos-basicos/skinless_view)
- Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al desarrollo. Concepto de buen gobierno (Good Governance). Internet. [http://www.usergioarboleda.edu.co/derecho/derecho\\_constitucional/resena\\_buen\\_gobierno.htm](http://www.usergioarboleda.edu.co/derecho/derecho_constitucional/resena_buen_gobierno.htm).
- Diccionario de Acción humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Cooperación Bilateral y multilateral. Internet. <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/41>
- Directorio de Cooperación Internacional para la Sociedad Civil. Cooperación internacional y Filantropía: actores, mapeos de comportamientos y estadísticas. Internet. <http://es.scribd.com/doc/40172803/Directorio-de-Cooperacion-Internacional-para-la-SOCIEDAD-CIVIL>.
- Dubois Alfonso. LA FINANCIACIÓN DEL DESARROLLO Flujos Privados y Ayuda Oficial al Desarrollo. Internet. [http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0034/La\\_financiacion\\_del\\_desarrollo.\\_manual\\_3.\\_castellano.pdf](http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0034/La_financiacion_del_desarrollo._manual_3._castellano.pdf).

## E

- El Ciudadano.cl. PNUD: Latinoamérica es la región más desigual del planeta y Chile es un ejemplo de ello. Internet. <http://www.elciudadano.cl/2010/07/27/pnud-latinoamerica-es-la-region-mas-desigual-del-planeta-y-chile-es-un-ejemplo-de-ello/>.
- El papel de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD). Internet. <http://www.eurosur.org/futuro/fut78.htm>.
- Embajada de los Estados Unidos en Uruguay. Ayuda de Estados Unidos para el desarrollo aumenta en todo el mundo. Internet. <http://archives.uruguay.usembassy.gov/usaweb/2009/09-113ES.shtml>

- ENDEMAIN 2004. Uso de servicios de Salud. Internet.  
[http://www.cepar.org.ec/endemain\\_04/nuevo05/informe/ser\\_salud/salud1.htm](http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/informe/ser_salud/salud1.htm)
- European Commission - External Relation. Social Cohesion in the EU-Latin America/Caribbean strategic partnership. Internet.  
[http://ec.europa.eu/europeaid/where/latin-america/regionalcooperation/eurosocial/documents/social\\_cohesion\\_in\\_strategic\\_partnership\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/europeaid/where/latin-america/regionalcooperation/eurosocial/documents/social_cohesion_in_strategic_partnership_en.pdf).

## F

- Fernando Nivia-Ruiz. Artículo: “La Cooperación internacional, Sur-Sur en América Latina y el Caribe: Una mirada desde sus avances y limitaciones hacia un contexto de crisis mundial”. Internet.  
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/economia/article/viewFile/1256/796>
- Fondo de las Naciones Unidas para Infancia (UNICEF). El objetivo: reducir la mortalidad infantil. Internet. <http://www.unicef.org/spanish/mdg/childmortality.html>.
- Fondo de las Naciones Unidas para Infancia. (UNICEF). Mortalidad derivada de la maternidad. Internet. [http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreportpdf/09\\_MaternalMortality\\_D7341Insert\\_Spanish.pdf](http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreportpdf/09_MaternalMortality_D7341Insert_Spanish.pdf)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Proteger, promover y apoyar la lactancia materna. Internet.  
<http://www.unicef.org/spanish/nutrition/23963.html>.
- Fundación Carolina (CeALCI) La inserción de América Latina en el cambiante sistema internacional de cooperación. Internet. <http://es.scribd.com/doc/59097300/3/INDICE-DE-CUADROS-GRAFICOS-Y-RECUADROS>.
- Fundación Menonita Colombiana para el Desarrollo – MENCOLDES. La salud: derecho fundamental. Internet. <http://www.disasterinfo.net/desplazados/informes/mencolides/13/boletin13.pdf>.

## G

- García Laura Victoria. El Derecho del Desarrollo como base para la Construcción del Derecho al Desarrollo del Primer Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Internet. <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=82400907>.
- Gasteiz Vitoria. LA FINANCIACIÓN DEL DESARROLLO Flujos Privados y Ayuda Oficial al Desarrollo. Internet.

[http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0034/La\\_financiacion\\_del\\_desarrollo.\\_manual\\_3.\\_castellano.pdf](http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0034/La_financiacion_del_desarrollo._manual_3._castellano.pdf).

## H

- Hansenclever, Andreas Mayer, Peter y Rittberger, Volker “ La teoría de Los Regímenes Internacionales: situación actual y propuestas para una síntesis”. Internet. [http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18\\_1/apache\\_media/EIJU8JFPNX4773YQBI6PR6I6AKFY4D.pdf](http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18_1/apache_media/EIJU8JFPNX4773YQBI6PR6I6AKFY4D.pdf)
- Historia de las Relaciones Internacionales durante el siglo XX. The Bandung Conference. Internet. <http://www.historiasiglo20.org/TEXT/bandung1.htm>
- Historia T.P. Ética. Alianza para el progreso. Internet. [http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:BICxf4gqRDQJ:xa.yimg.com/kq/groups/15595673/1534095340/name/Historia%2BT.P%2BEtica.doc+la+Alianza+Para+el+Progreso+cuyo+origen+est%C3%A1+en+la+propuesta+oficial+del+presidente+John+F.+Kennedy&hl=es&pid=bl&srcid=ADGEEShqhpIHr7xKRlgnHjYqZDSLQM597eeWnoMGjxDft8pEbSXNjcY3udoOkVbmICE6vHBcsmMjiotiH8IEb8n7cujMBCYKnuiDeruBnU51ftgTO1Mlm3yjAp3J8J0gF-1V89LDEgh&sig=AHIEtbTjg9sLJ1Gxm\\_EWqksMXFeOJD6GBg](http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:BICxf4gqRDQJ:xa.yimg.com/kq/groups/15595673/1534095340/name/Historia%2BT.P%2BEtica.doc+la+Alianza+Para+el+Progreso+cuyo+origen+est%C3%A1+en+la+propuesta+oficial+del+presidente+John+F.+Kennedy&hl=es&pid=bl&srcid=ADGEEShqhpIHr7xKRlgnHjYqZDSLQM597eeWnoMGjxDft8pEbSXNjcY3udoOkVbmICE6vHBcsmMjiotiH8IEb8n7cujMBCYKnuiDeruBnU51ftgTO1Mlm3yjAp3J8J0gF-1V89LDEgh&sig=AHIEtbTjg9sLJ1Gxm_EWqksMXFeOJD6GBg)

## I

- International HIV & AIDS charity. Cálculos de VIH/SIDA mundial. Internet: <http://www.avert.org/estadisticas-sida.htm>.

## J

- Jean Macq y Bart Clear. Hacia el Aseguramiento Universal de Salud en el Ecuador. Noviembre 2007. Internet. [http://www.saluddealtura.com/fileadmin/PDF/PUBLICACIONES/Seguimiento\\_cientifico.pdf](http://www.saluddealtura.com/fileadmin/PDF/PUBLICACIONES/Seguimiento_cientifico.pdf)

## K

- Kofi A. Annan. Capítulo I Los Nuevos Retos del Milenio. Internet. <http://www.un.org/spanish/milenio/sg/report/full.htm>

## M

- Médicosmundi. La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2011. Internet. [http://www.prosalus.es/gestor/imgsvr/publicaciones/doc/Informe\\_Salud\\_2011\\_web2.pdf](http://www.prosalus.es/gestor/imgsvr/publicaciones/doc/Informe_Salud_2011_web2.pdf).
- Memorando do Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da Republica do Equador sobre cooperação para a implementação de Banco de Leite Humano. Internet. [http://www2.mre.gov.br/dai/b\\_equa\\_85\\_5345.htm](http://www2.mre.gov.br/dai/b_equa_85_5345.htm)
- Ministerio de Cultura. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013. Internet. [http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=plan%20nacional%20del%20buen%20vivir%20ecuador%20objetivos&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ministeriodecultura.gob.ec%2Ftransparencia%2Fdoc\\_download%2F289-plan-nacional-del-buen-vivir-2009-2013.html&ei=mmEwT5SgF7Sv0AGH5OHMCg&usq=AFQjCNFmQCFPYLDnBP3K70ImoNgFDXdNMA](http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=plan%20nacional%20del%20buen%20vivir%20ecuador%20objetivos&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ministeriodecultura.gob.ec%2Ftransparencia%2Fdoc_download%2F289-plan-nacional-del-buen-vivir-2009-2013.html&ei=mmEwT5SgF7Sv0AGH5OHMCg&usq=AFQjCNFmQCFPYLDnBP3K70ImoNgFDXdNMA).
- Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. ¿Qué es AOD? Internet. [http://www.ucm.es/info/IUDC/img/biblioteca/qu\\_es\\_AOD.pdf](http://www.ucm.es/info/IUDC/img/biblioteca/qu_es_AOD.pdf).

## **N**

- Naciones Unidas. Aplicación de la Declaración del Milenio. Internet. <http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/ObjetivosDesarrollo/ODM.htm>
- Naciones Unidas. Foro sobre Regionalismo y Cooperación Sur-Sur: el caso de la India y el Mercosur. Internet. [http://www.unctad.org/sp/docs/tdl370\\_sp.pdf](http://www.unctad.org/sp/docs/tdl370_sp.pdf)
- Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio- Informe 2008. . Internet. [http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG\\_Report\\_2008\\_SPANISH.pdf](http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2008_SPANISH.pdf)
- Negrón Federico La Ayuda Oficial para el Desarrollo y los Países de Renta Media en el contexto Latinoamericano. (2009). Internet. [http://www.realityofaid.org/userfiles/roareports/roareport\\_87f8015851.pdf](http://www.realityofaid.org/userfiles/roareports/roareport_87f8015851.pdf).

## **O**

- Observatorio de Política Exterior Europea. El uso de la cláusula democrática y de derechos humanos en las relaciones exteriores de la Unión Europea. Internet. <http://www.iuee.eu/pdf-publicacio/40/3zqjw4TCPmW7kQqkN4UO.PDF>

- Oficina de Cooperación para el Desarrollo de Bélgica en Quito. La Cooperación Belga al Desarrollo. Internet.  
<http://www.diplomatie.be/quitoes/default.asp?ACT=5&content=55&id=38&mnu=38>
- Oficina de Cooperación para el Desarrollo de Bélgica en Quito. Política de Salud del Ministerio de Cooperación Belga. Internet.  
<http://www.diplomatie.be/quitoes/default.asp?id=39&mnu=39&ACT=5&content=103>
- Organización no Gubernamental para la Cooperación (AMYCOS). La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD). Internet.  
<http://www.amycos.org/Archivos/bPdf/20061211193836YCOS.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Desigualdades en salud. Internet  
[http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be\\_v25n4-desigual\\_salud.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v25n4-desigual_salud.htm)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). La salud en el Desarrollo. Discurso inaugural pronunciado por el Profesor Amartya Sen, Rector del Trinity College, Cambridge, Premio Nobel de Economía, ante la 52a Asamblea Mundial de la Salud. Internet.  
[http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/513/La\\_salud\\_en\\_el\\_desarrollo\\_-\\_Amartya\\_Sen.pdf](http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/513/La_salud_en_el_desarrollo_-_Amartya_Sen.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. Trabajar en pro de la salud. Internet  
[http://www.who.int/about/brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/about/brochure_es.pdf)
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Glossary of Statistical Terms. Internet.  
<http://translate.google.com/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://stats.oecd.org/glossary/detail.asp%3FID%3D5901>.
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Untying aid: The right to choose. Internet.  
[http://translate.google.com.ec/translate?hl=es&sl=en&tl=es&u=http%3A%2F%2Fwww.oecd.org%2Fdocument%2F16%2F0%2C3746%2Cen\\_2649\\_33721\\_46890896\\_1\\_1\\_1\\_1%2C00.html](http://translate.google.com.ec/translate?hl=es&sl=en&tl=es&u=http%3A%2F%2Fwww.oecd.org%2Fdocument%2F16%2F0%2C3746%2Cen_2649_33721_46890896_1_1_1_1%2C00.html)
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). 2008 DAC Report on Multilateral Aid. Internet. <http://www.oecd.org/dataoecd/59/11/42901553.pdf>
- Ortiz Humberto. Condicionalidades de la Cooperación Internacional. Internet.  
[http://vinculando.org/economia\\_solidaria/humanizar\\_economia\\_global/cooperacion\\_internacional\\_2.html](http://vinculando.org/economia_solidaria/humanizar_economia_global/cooperacion_internacional_2.html).

## P

- Plataforma. 0,7. Breve historia de la Plataforma 0,7. Internet. [http://www.plataforma07.org/Historia\\_07/Historia\\_07.html](http://www.plataforma07.org/Historia_07/Historia_07.html).
- Plan de Colombo. Internet. [http://www.worldlingo.com/ma/enwiki/es/Colombo\\_Plan](http://www.worldlingo.com/ma/enwiki/es/Colombo_Plan)
- Prado Lallande Juan Pablo. Tesis Doctoral La Condicionalidad Política de la Cooperación al Desarrollo las sanciones a la Ayuda Internacional. Universidad Complutense de Madrid Facultad de Ciencias Políticas y Sociología Departamento de Derecho Internacional Público y Relaciones Internacionales. Internet. <http://www.ucm.es/BUCM/tesis/cps/ucm-t28973.pdf>.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Estrategias de Desarrollo Humano para la década de los años 90. Internet. [http://hdr.undp.org/en/media/hdr\\_1990\\_es\\_cap4.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/hdr_1990_es_cap4.pdf). Acceso (11 de Mayo de 2011).
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre Desarrollo Humano 2009. Internet. [http://hdr.undp.org/en/media/HDR\\_2009\\_ES\\_Summary.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_ES_Summary.pdf)
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2011. Internet. [http://www.beta.undp.org/undp/es/home/mdgoverview/mdg\\_goals/mdg1.html](http://www.beta.undp.org/undp/es/home/mdgoverview/mdg_goals/mdg1.html)
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (PNUD) Informe: "Resultados de la Alianza Mundial para alcanzar los Objetivos del Milenio". Internet. <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=i-d--54758-&volver=1>.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Políticas públicas para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Internet. <http://compartir.logosundp.org/pdf/es/09.pdf>.
- Programa Ibero-americano de banco de leche humano. Cooperación Internacional. Internet. [http://www.iberblh.iciict.fiocruz.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=298&Itemid=86](http://www.iberblh.iciict.fiocruz.br/index.php?option=com_content&view=article&id=298&Itemid=86)

## R

- Ramírez Gabriel, "El Ecuador y la Cooperación Internacional no reembolsable, promovida por las agencias del sistema de Naciones Unidas y los organismos multilaterales". Universidad Central del Ecuador. Facultad de Jurisprudencia, Ciencias

Políticas y Sociales Instituto Superior de Postgrado en Ciencias Internacionales.  
Internet.

[http://www.sela.org/attach/258/default/EL\\_ECUADOR\\_Y\\_LA\\_COOPERACION\\_INTERNACIONAL\\_GABRIEL\\_RAMIREZ.pdf](http://www.sela.org/attach/258/default/EL_ECUADOR_Y_LA_COOPERACION_INTERNACIONAL_GABRIEL_RAMIREZ.pdf).

- Red Latinoamericana sobre Deuda, Desarrollo y Derechos. Aporte para el seguimiento de la Conferencia de Monterrey- Doha 2008. Internet.  
[http://www.obela.org/system/files/Latindadd\\_Aportes-Conferencia\\_Doha\\_v081124esp.pdf](http://www.obela.org/system/files/Latindadd_Aportes-Conferencia_Doha_v081124esp.pdf).
- Reflexiones sobre el Aseguramiento Universal de en Salud. Informe de Seguimiento Científico al Proyecto Salud de Altura. Internet.  
[http://www.saluddealtura.com/fileadmin/fotografias/archivos/Reflexiones\\_sobre\\_el\\_AUS.pdf](http://www.saluddealtura.com/fileadmin/fotografias/archivos/Reflexiones_sobre_el_AUS.pdf).

## **S**

- Salgado José Eusebio. Antecedentes Históricos de la Unión Europea. Internet.  
<http://www.peceacatlan.com/Tema1.htm>
- Salud por el Desarrollo. Salud y Ayuda Oficial al Desarrollo. Internet.  
[http://salutxdesenvolupament.org/es/salud\\_y\\_ayuda\\_oficial\\_al\\_desarrollo](http://salutxdesenvolupament.org/es/salud_y_ayuda_oficial_al_desarrollo).
- Salud en las Américas. Capítulo 5 Salud y Cooperación Internacional.  
Internet:<http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Cap%205.pdf>
- Salud en la Américas 2007. Salud y Cooperación Internacional. Internet.  
<http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Cap%205.pdf>.
- Salud de Altura. Síntesis de los avances por resultados. Internet.  
<http://www.saluddealtura.com/?id=62>
- Sanahuja José Antonio. ¿Más y mejor ayuda?: la Declaración de París y las tendencias en la cooperación al desarrollo. Internet.  
<http://www.ceipaz.org/images/contenido/4-sanahuja.pdf>.
- San Pedro, Paula. Objetivos del Milenio ¿Avance o retroceso para el desarrollo?  
Internet. <http://www.fride.org/publicacion/32/objetivos-del-milenio,-%C2%BFavance-o-retroceso-para-el-desarrollo>

- Sarah-Lea John de Sousa. Investigadora Programa de Paz, Seguridad y Derechos Humanos. FRIDE. Brasil como nuevo actor del desarrollo internacional, la cooperación Sur-Sur y la iniciativa IBSA. Internet.  
[www.fride.org/.../COM\\_BrazilDevCoop\\_ESP\\_JULIO08\\_SJ.pdf](http://www.fride.org/.../COM_BrazilDevCoop_ESP_JULIO08_SJ.pdf).
- Secretaria de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo. Declaración de Roma-Sobre la Armonización. Internet.  
<http://190.166.45.252:8080/jspui/handle/123456789/277>.
- Secretaria General Iberoamérica. II Informe de Cooperación Sur Sur en Iberoamérica. Internet.[http://segib.org/documentos/esp/sur\\_sur\\_web\\_ES.PDF](http://segib.org/documentos/esp/sur_sur_web_ES.PDF)
- Sistema Económico Latinoamericano (SELA). La Cumbre de Gleneagles del G-8, las reuniones conjuntas del FMI y el Banco Mundial y la condonación de parte de la deuda externa de algunos países de América Latina y el Caribe. Internet.  
<http://www.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2007/00150.pdf>.

## T

- Talavera Pedro. Ayuda al Desarrollo y nuevo orden económico internacional. Internet.  
[http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/A/ayuda\\_desarrollo.pdf](http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/A/ayuda_desarrollo.pdf).
- Tassara Carlo. Paradigmas, actores y políticas. Breve historia de la cooperación internacional al desarrollo. Internet.  
[http://www.comunicazione.uniroma1.it/materiali/10.42.04\\_Actores%20y%20paradigmas%20bis.pdf](http://www.comunicazione.uniroma1.it/materiali/10.42.04_Actores%20y%20paradigmas%20bis.pdf)
- Tercer Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda al desarrollo. Programa de Acción ACRRA. Internet. <http://www.oecd.org/dataoecd/58/19/41202043.pdf>
- Tezanos Sergio Vázquez y Aitor Martínez de la Cueva Astigarraga. América Latina y El Caribe: Ayuda Oficial al Desarrollo en el punto de inflexión del milenio. Internet:  
<http://www.ejournal.unam.mx/pde/pde162/PDE004116202.pdf>.
- The Reality of Aid Management Committee 2010: South-South Development Cooperation: A challenge to the aid system. Internet:  
[http://www.realityofaid.org/userfiles/roareports/roareport\\_08b0595377.pdf](http://www.realityofaid.org/userfiles/roareports/roareport_08b0595377.pdf)
- The Reality of Aid. Reporte Especial sobre Cooperación Sur-Sur. Cooperación sur-sur: un desafío al sistema de la ayuda. Internet.[http://www.lasociedadcivil.org/docs/ciberteca/Cooperacion\\_Sur\\_Sur.pdf](http://www.lasociedadcivil.org/docs/ciberteca/Cooperacion_Sur_Sur.pdf).

## **U**

- Unceta Koldo e Yoldi Pilar. La cooperación al desarrollo: surgimiento y evolución histórica. Internet.  
[http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0029/La\\_cooperacion\\_al\\_desarrollo.\\_manual\\_1\\_castellano.pdf](http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0029/La_cooperacion_al_desarrollo._manual_1_castellano.pdf).
- UNESCO. El informe Pearson. Nueva estrategia para un desarrollo global. Internet.  
<http://unesdoc.unesco.org/images/0005/000567/056743so.pdf>.

## **Z**

- Zurbriggen Cristina. La nueva Agenda del Desarrollo. Internet.  
<http://www.ciudadania20.org/sites/default/files/Zurbriggen.pdf>. Acceso: (3 de Agosto de 2011).

## 8. ANEXOS

### ANEXO 1

#### INSTRUMENTOS DE LA AOD

**Ayuda Proyecto:** Es el instrumento tradicional de la cooperación internacional, el cual permite contacto directo, que pretende lograr un cambio tanto de tipo cualitativo como cuantitativo de una situación.

**Ayuda Programa:** Según la CAD, se compone de las contribuciones puestas a disposición del país receptor, con fines de desarrollo, cuyos receptores son solo países en desarrollo.

**Ayuda Programa:**

- Ayuda alimentaria.
- Apoyo Balanza de Pagos con programas.
- Reducción de la deuda.
- Apoyo al Presupuesto

**Cooperación Técnica:** Esta actividad es financiada por un ayudante externo, que tiene el objetivo de elevar un conocimiento, una de sus ventajas es la idoneidad para acrecentar el capital humano del país receptor.

## ANEXO 2

### DAC LIST OF ODA RECIPIENTS

EFFECTIVE FROM 2006 FOR REPORTING ON 2005, 2006 AND 2007

Least Developed Countries	Other Low Income Countries (per capita GNI < \$825 in 2004)	Lower Middle Income Countries and Territories (per capita GNI \$826-\$3 255 in 2004)	Upper Middle Income Countries and Territories (per capita GNI \$3 256-\$10 065 in 2004)
Afghanistan	Cameroon	Albania	• Anguilla
Angola	Congo, Rep.	Algeria	Antigua and Barbuda
Bangladesh	Côte d'Ivoire	Armenia	Argentina
Benin	Ghana	Azerbaijan	Barbados
Bhutan	India	Belarus	Belize
Burkina Faso	Kenya	Bolivia	Botswana
Burundi	Korea, Dem.Rep.	Bosnia and Herzegovina	Chile
Cambodia	Kyrgyz Rep.	Brazil	Cook Islands
Cape Verde	Moldova	China	Costa Rica
Central African Rep.	Mongolia	Colombia	Croatia
Chad	Nicaragua	Cuba	Dominica
Comoros	Nigeria	Dominican Republic	Gabon
Congo, Dem. Rep.	Pakistan	Ecuador	Grenada
Djibouti	Papua New Guinea	Egypt	Lebanon
Equatorial Guinea	Tajikistan	El Salvador	Libya
Eritrea	Uzbekistan	Fiji	Malaysia
Ethiopia	Viet Nam	Georgia	Mauritius
Gambia	Zimbabwe	Guatemala	• Mayotte
Guinea		Guyana	Mexico
Guinea-Bissau		Honduras	• Montserrat
Haiti		Indonesia	Nauru
Kiribati		Iran	Oman
Laos		Iraq	Palau
Lesotho		Jamaica	Panama
Liberia		Jordan	Saudi Arabia (1)
Madagascar		Kazakhstan	Seychelles
Malawi		Macedonia, Former Yugoslav	South Africa
Maldives		Republic of	• St. Helena
Mali		Marshall Islands	St. Kitts-Nevis
Mauritania		Micronesia, Fed. States	St. Lucia
Mozambique		Morocco	St. Vincent & Grenadines
Myanmar		Namibia	Trinidad & Tobago
Nepal		Niue	Turkey
Niger		Palestinian Adm. Areas	• Turks & Caicos Islands
Rwanda		Paraguay	Uruguay
Samoa		Peru	Venezuela
Sao Tome & Principe		Philippines	
Senegal		Serbia & Montenegro	
Sierra Leone		Sri Lanka	
Solomon Islands		Suriname	
Somalia		Swaziland	
Sudan		Syria	
Tanzania		Thailand	
Timor-Leste		• Tokelau	
Togo		Tonga	
Tuvalu		Tunisia	
Uganda		Turkmenistan	
Vanuatu		Ukraine	
Yemen		• Wallis & Futuna	
Zambia			

Fuente: Lista anual de receptores de la AOD de la CAD

## ANEXO 3

### LOS NUEVOS RETOS DEL MILENIO AÑO 2000.

- **Un mundo sin miseria:** Reducir las altas tasas de pobreza e inequidad social en todas las regiones y países del mundo.
- **Fomento de la salud y lucha contra el VIH/SIDA:** a) Reducir el número de personas que padecen la infección del VIH/SIDA. b) Proporcionar a cada población la información y recursos necesarios que necesitan para protegerse de la infección. c) Los países deben trabajar conjuntamente con las farmacéuticas para la elaboración de la vacuna contra el VIH/SIDA.
- **Crecimiento sostenido y generalizado:** Garantizar el crecimiento de las economías de los países en desarrollo y en vías de desarrollo con el establecimiento de políticas sociales eficaces.
- **La situación de África:** Superar la baja productividad agrícola de los países de África.
- **Solidaridad mundial:** a) Mejorar el entorno económico mundial, con la apertura comercial de los países ricos a los países pobres. b) Alivio de la deuda en los países pobres. c) Lograr una asistencia adicional para el desarrollo.
- **Medio Ambiente:** Dar solución a los problemas ecológicos de los países en todo el mundo.<sup>274</sup>

---

<sup>274</sup> Kofi A. Annan. Capítulo I Los Nuevos Retos del Milenio.  
Internet.<http://www.un.org/spanish/milenio/sg/report/full.htm>. Acceso: (10 de Junio de 2011).

## ANEXO 4

### LISTA DE OBJETIVOS DEL MILENO (AÑO 2000)

<p><b>Objetivo 1:</b> <b>Erradicar la pobreza extrema y el hambre</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta 1ª: Reducir a la mitad entre 1990 y 2015 el porcentaje de personas con ingresos inferiores a un dólar</li> <li>• Meta 1B: Alcanzar el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos, incluidas las mujeres y los jóvenes</li> <li>• Meta 1C: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre</li> </ul>
<p><b>Objetivo 2:</b> <b>Lograr la enseñanza primaria universal</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta 2ª: Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria</li> </ul>
<p><b>Objetivo 3:</b> <b>Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta 3ª: Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes del fin del año 2015</li> </ul>
<p><b>Objetivo 4:</b> <b>Reducir la mortalidad infantil</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta 4ª: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años</li> </ul>
<p><b>Objetivo 5:</b> <b>Mejorar la salud materna</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta 5ª: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes</li> <li>• Meta 5B: Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva</li> </ul>
<p><b>Objetivo 6:</b> <b>Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta 6ª: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA</li> <li>• Meta 6B: Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento de la infección por VIH a quienes lo necesiten</li> <li>• Meta 6C: Haber comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves</li> </ul>
<p><b>Objetivo 7:</b> <b>Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta 7ª: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente</li> <li>• Meta 7B: Reducir la pérdida de diversidad biológica logrando, para 2010, una reducción significativa en la tasa de pérdida</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta 7C: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua potable</li> <li>• Meta 7D: Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta 8ª: Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio</li> <li>• Meta 8B: Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados</li> <li>• Meta 8C: Atender las necesidades especiales de los países sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo</li> <li>• Meta 8D: Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo.</li> <li>• Meta 9E: En cooperación con los países en desarrollo, elaborar e implementar estrategias que proporcionen a los jóvenes un empleo digno y productivo.</li> <li>• Meta: En colaboración con las compañías farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales a precios asequibles a los países en desarrollo.</li> </ul>

Fuente: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Objetivos del Desarrollo del Milenio. Internet. <http://www.undp.org/spanish/mdg/goal8.shtml>.

## ANEXO 5

### PRINCIPIOS DE LA DECLARACIÓN DE PARIS (2005)

**Apropiación:** Los países socios establecen la agenda, sobre políticas de desarrollo y coordinan acciones de desarrollo.

Países Socios	Cooperantes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liderazgo e implementación de estrategias de desarrollo, traducidos en programas operativos.</li> <li>• Dirigir la Coordinación de la AOD, dialogo con cooperantes, participación de la sociedad civil y sector privado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respetar este liderazgo y ayudar a reforzar su capacidad de ejercicio.</li> </ul>

1. **Alineación:** Los donantes dirigen la totalidad de su apoyo a estrategias, instituciones y procedimientos de desarrollo.

Países Socios	Cooperantes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensificar refuerzos para movilizar recursos nacionales y crear entorno para la inversión pública y privada.</li> <li>• Iniciar reformas para crear capacidades sostenibles de desarrollo</li> <li>• Los Cooperantes de la CAD, mantendrán esfuerzos para poner en práctica progresivamente el concepto de ayuda desligada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confiar en los mecanismos transparentes de contabilidad y de presupuesto del gobierno socio.</li> <li>• Utilizar sistemas y procedimientos nacionales, y procedimientos de los socios.</li> </ul>

**Armonización:** Los donantes deben adoptar disposiciones comunes, simplificar los procedimientos de tal manera que maximicen la eficacia colectiva de la ayuda.

Países Socios	Cooperantes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poner en práctica planes de acción de la Declaración de Roma.</li> <li>• Donde sea posible aplicar disposiciones comunes para planificar, financiar, desembolsar e informar al gobierno sobre actividades de los cooperantes y flujos de la AOD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprovechar las ventajas comparativas (sectorial o nacional).</li> <li>• Trabajar juntos para armonizar los procedimientos separados.</li> </ul>

2. **Gestión orientada a resultados:** Significa la gestión e implementación de la ayuda, con vista a los resultados deseados y utilizando la información para mejorar las tomas de decisión.

Países Socios	Cooperantes
<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>• Reforzar los vínculos entre las estrategias de desarrollo nacional y procesos presupuestarios anuales y Multianuales.</li> <li>• Procurar establecer marcos de reportes y de supervisión orientados a resultados que supervisen el progreso de acuerdo con dimensiones clave de las estrategias de desarrollo nacionales y sectoriales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Armonizar sus requerimientos del concepto de supervisión y realización de informes con los países socios, ponerse de acuerdo en formatos comunes para informes periódicos, de la manera más extensa posible, hasta que puedan confiar más ampliamente en los sistemas de evaluación estadística y supervisión de los países socios.</li> </ul>

Fuente: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo (2005). Internet. <http://www.oecd.org/dataoecd/53/56/34580968.pdf>.

## ANEXO 6

### ASISTENCIA OFICIAL AL DESARROLLO EN EL MUNDO. PERÍODO 2000-2008

Año	Todos los donantes	Miembros del CAD, total.
2000	57.159	41.435
2001	55.480	38.674
2002	65.908	46.354
2003	89.949	67.751
2004	98.817	71.894
2005	123.693	96.598
2006	130.013	100.506
2007	128.669	90.778
2008	153.400	114.038

Fuente: *Creditor Reporting System* (OCDE). Internet.  
<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CRSNEW>. Acceso: (31 de Octubre de 2011).

## ANEXO 7

### PRINCIPALES COOPERANTES DE LA AOD EN EL MUNDO PERIODO 1998-2008

PRINCIPALES COOPERANTES A NIVEL MUNDIAL 1998 – 2008, en millones de dólares			
Nro.	Donante	Contribución total	% participación total
1	Estados Unidos	\$ 199.388,6	19.9%
2	Japón	# 132.128,3	13.2%
3	Comunidad Europea	\$ 103.719,6	10.3%
4	IDA	\$ 92.940,9	9.3%
5	Alemania	\$ 69.756,5	6.9%
6	Francia	\$ 64.730,8	6.4%
7	Reino Unido	\$ 59.742,8	6.0%
8	Países Bajos	\$ 43.705,2	4.4%
9	Canadá	\$ 21.835,6	2.2%
10	España	\$ 21.333,0	2.1%
11	Otros	\$ 194.683,1	19.4%
<b>TOTAL</b>		<b>\$ 1.003.964,3</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Secretaría Técnica de Cooperación Internacional. Informe de Cooperación No Reembolsable en el Ecuador 2007-2009.ART. Internet.  
[http://www.seteci.gob.ec/index.php?option=com\\_docman&Itemid=241&limitstart=5](http://www.seteci.gob.ec/index.php?option=com_docman&Itemid=241&limitstart=5).

**ANEXO 8**  
**AOD POR REGIONES AÑO 2008**

<b>Net ODA and population of aid recipient countries by region in 2008</b>		
<b><u>Region</u></b>	<b><u>Net ODA USD million</u></b>	<b><u>Population million</u></b>
<b>Africa</b>	44 005	983
<b>Asia</b>	44 159	3 703
<b>America</b>	9 262	567
<b>Europe</b>	6 570	155
<b>Oceania</b>	1 535	9
<b>Aid unspecified by region</b>	23 077	---
<b>All ODA recipients</b>	128 608	5 417

**ANEXO 9**  
**COOPERACIÓN MULTILATERAL**  
**PORCENTAJES AOD MUNDIAL, BILATERAL Y MULTILATERAL AÑO 2008**

	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
AOD Mundial	120 mil millones	100%
AOD Bilateral	85200 millones	71%
AOD Multilateral	34572 millones	29%

**División de la AOD Multilateral por vías de ejecución año 2008**

<b>AOD Multilateral</b>	<b>Sistema de las Naciones Unidas (ONU)</b>	<b>Grupo BM y BRD</b>	<b>Comisión Europea</b>	<b>Fondos verticales Fondo Global VIH/SIDA</b>
29%	5%	9%	11%	4%

Fuente: Definiciones previas y datos básicos. Cooperación Internacional para el Desarrollo. Internet.[http://ocw.unican.es/ciencias-sociales-y-juridicas/integracion-economica-europea/material-de-clase-1/modulo-7/7.1-definiciones-previas-y-datos-basicos/skinless\\_view](http://ocw.unican.es/ciencias-sociales-y-juridicas/integracion-economica-europea/material-de-clase-1/modulo-7/7.1-definiciones-previas-y-datos-basicos/skinless_view).  
 Elaboración propia.

## ANEXO 10

**AOD NETA DESTINADA A IRAK Y AFGANISTÁN, DURANTE EL PERÍODO 2000-2005.  
VALORES ABSOLUTOS, EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES**

<b>Año</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>Afganistán</b>	136	405	1.300	1.591	2.188	2.775
<b>Irak</b>	100	121	106	2.250	4.650	21.654
<b>Total</b>	236	526	1.407	3.841	6.838	24.429

Fuente: Secretaría General Iberoamérica (SEGIB) *Informe de la Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica*, Madrid, Estudios SEGIB N°2, 2007. Página 22.

## ANEXO 11

### ASISTENCIA OFICIAL AL DESARROLLO HACIA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (EN MILLONES DE DÓLARES). PERÍODO 2000-2008

Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Flujos de Cooperación anual hacia América Latina.</b>	6605	5509	5609	6281	8048	8158	8585	7887	8442
<b>Participación de América Latina y el Caribe respecto al flujo mundial.</b>	13%	11%	10%	8%	9%	7%	8%	7%	6%

Fuente: Agencia Ecuatoriana de Cooperación internacional (AGECI). *Informe de Cooperación internacional No Reembolsable en el Ecuador 2007-2009*, Quito, Graphus, Primera Edición, 2010. Página 10.

## ANEXO 12

### AOD RECIBIDA POR LOS PAÍSES LATINOAMERICANOS DURANTE EL PERÍODO 2001-2008.

Países	Nivel de Renta	AOD Neta recibida 2008/ PIB	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Haití	PMA	13,1%	135,9	125,4	153,2	209,0	283,8	363,3	434,3	556,1
Nicaragua	PRMB	11,5%	714,6	287,2	521,7	856,2	509,6	385,4	493,9	531,2
Honduras	PRMB	4,1%	422,3	297,8	231,4	328,3	456,3	384,6	289,5	345,9
Bolivia	PRMB	3,9%	535,7	482,1	552,9	557,2	437,2	569,7	352,7	495,3
Guatemala	PRMB	1,4%	201,1	199,6	216,0	203,6	219,0	445,1	412,4	465,6
El Salvador	PRMB	1,1%	231,0	217,9	170,3	201,7	162,6	150,6	71,4	203,8
Paraguay	PRMB	0,8%	58,2	50,8	55,4	26,4	54,9	62,1	82,6	97,6
Ecuador	PRMB	0,5%	147,5	205,0	173,6	158,4	192,7	170,5	180,4	192,3
Perú	PRMB	0,4%	425,5	462,9	447,6	439,3	388,6	374,8	171,2	384,6
Colombia	PRMB	0,4%	372,3	426,1	767,0	481,6	571,6	917,0	628,6	898,1
República Dominicana	PRMB	0,3%	101,8	138,1	60,4	84,4	55,3	12,9	25,0	78,9
Costa Rica	PRMA	0,2%	6,1	4,5	30,9	11,3	25,0	20,1	48,3	61,0
Panamá	PRMA	0,1%	17,1	23,2	31,3	25,2	17,2	19,2	-139	27,3
Uruguay	PRMA	0,1%	10,7	6,7	7,7	9,8	2,7	10,7	19,9	12,8
Cuba	PRMA	Sin datos	33,7	49,6	59,2	69,7	68,0	56,8	56,9	91,7
México	PRMA	0,0%	40,6	92,6	73,6	78,9	160,3	208,9	78,9	104,4
Brasil	PRMA	0,0%	156,7	197,6	184,2	147,1	174,3	74,73	269,8	378,4
Chile	PRMA	0,0%	39,64	-13,7	61,4	25,8	75,5	64,2	97,9	51,8
Argentina	PRMA	0,0%	10,1	51,9	98,1	78,5	77,7	80,9	63,7	87,1
Venezuela	PRMA	0,0%	33,5	42,0	64,1	28,3	20,6	32,8	44,5	46,6

Fuente: Fundación Carolina (CeALCI) *La inserción de América Latina en el cambiante sistema internacional de cooperación*. Internet. <http://es.scribd.com/doc/59097300/3/INDICE-DE-CUADROS-GRAFICOS-Y-RECUADROS>. Acceso: (18 de Octubre de 2011).Página 33.

## ANEXO 13

### CONDICIONALIDAD de la ayuda en el mundo. Período 1995-2002

<u>Tipo de condición</u>	1995	1996	1997	1996	1998	1999	2000	2001	2002
Asistencia condicionada	18%	27%	-	27%	23%	12%	16%	18%	11%
Parcialmente condicionada	5%	3%	-	3%	5%	5%	3%	3%	4%
No condicionada	78%	70%	-	70%	72%	84%	81%	79%	85%

Fuente: Instituto Ecuatoriano de Cooperación Internacional. Ministerio de Relaciones Exteriores. *Cooperación para el Desarrollo Ecuador 2003-2004*, Quito, Graficas Ortega. Página 37.

## ANEXO 14

### PRINCIPALES AGENCIAS DE COOPERACIÓN NORTE –SUR Y SU AÑO DE FUNDACIÓN, DESDE 1957 HASTA EL 2001.

País	Agencia u Organismo de Cooperación Internacional	Año de creación
Estados Unidos	USIDCA	1979
	USAID	1961
Unión Europea	ECHO	1992
	EuropeAID	2001
	El Fondo Europeo de Desarrollo (FED)	1957
GTZ Alemana	La Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)	1975
Canadá	Agencia Canadiense para el Desarrollo (ACDI)	1968
Japón	Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA)	1974

Fuente: Elaboración propia.

## ANEXO 15

### REGIONES O ZONAS GEOGRÁFICAS PARA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN EL ECUADOR PERÍODO 2007-2010

- **Región 1:** Esmeraldas, Carchi, Imbabura, Sucumbíos.
- **Región 2:** Pichincha, Napo, Orellana.
- **Región 3:** Chimborazo, Cotopaxi, Pastaza, Tungurahua.
- **Región 4:** Santo Domingo de los Tsáchilas, Manabí.
- **Región 5:** Santa Elena, Guayas, Los Ríos, Bolívar.
- **Región 6:** Azuay, Cañar, Morona Santiago.
- **Región 7:** Loja, Zamora Chinchipe, El Oro.
- Galápagos.<sup>275</sup>

---

<sup>275</sup> *Ibíd.* Página 51.

## ANEXO 16

### Ficha A:

**Nombre del proyecto:** “Salud de Altura.”

**Descripción:** “Salud de Altura” era un proyecto, delineado para brindar apoyo técnico y mejorar los servicios de salud en el Distrito Metropolitano de Quito mediante el Aseguramiento Universal de Salud (AUS).

**Fecha de iniciación:** Año 2005.

**Período de aplicación:** cuatro años.

**Localización:** Distrito Metropolitano de Quito- Provincia de Pichincha.

**Institución ejecutora:** Cooperación Técnica Belga (CTB).

**Instituciones coordinadoras:** Cooperación Técnica Belga, Gobierno Nacional Ecuatoriano, Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, y Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

**Problema central:** La incapacidad y la mala atención en los servicios de salud, unidos a los altos índices de pobreza en el Distrito Metropolitano de Quito, ponen en evidencia su deterioro, lo que ha generado que se disminuya la inversión en este sector.

**Población beneficiaria:** El aseguramiento en salud, en su primera etapa, fue dirigido hacia los Q1 y Q2, para posteriormente ampliarse.

**Objetivos generales:** Fortalecer los sistemas de salud en el Distrito Metropolitano de Quito, a través de facilitar el acceso de la población más vulnerable, a servicios sanitarios adecuados y de calidad.

### Objetivos específicos:

5) Aseguramiento en Salud (AUS).

- Apoyo a la afiliación masiva de beneficiarios del AUS, en el Distrito Metropolitano de Quito.

- Cobertura universal, por medio de subsidios, hasta el año de 2010 de los Q1 y Q2.
- Dotación de equipos informáticos para el funcionamiento del AUS.

6) Articulación de los prestadores de salud instalados:

7) Calidad en los servicios de salud del Distrito Metropolitano de Quito:

- Capacitación de manejo de enfermedades prevalentes
- Capacitación a grupos de prestadores de salud del Distrito Metropolitano de Quito, en distintos temas.
- Mejoramiento de la infraestructura y dotación de quipos a varios servicios de salud en el Distrito Metropolitano de Quito.

8) Integración de los sistemas de información de los servicios de salud pública:

- Estandarización de lenguajes informativos para el manejo de indicadores en el sistema informático de salud.

**Presupuesto:** Asistencia bilateral de 4 millones de euros concedidos a través de la Cooperación Técnica Belga (CTB); y una contribución de 24.000 dólares por parte del Estado ecuatoriano.

## ANEXO 17

### Ficha B:

**Nombre del proyecto:** “Ejecución del Banco de Leche Materna en el Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora”.

**Descripción:** Implementación del banco de leche humana en el Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA) de Quito; y capacitación técnica al personal de servicio de Neonatología.

**Inicio del proyecto:** Marzo 2007

**Período de aplicación:** 6 meses

**Localización:** Distrito Metropolitano de Quito- Provincia de Pichincha.

**Institución ejecutora:** Agencia Brasileña de Cooperación (ABC), Ministerio de Relaciones Exteriores (MRE) y el Ministerio de Salud de Brasil.

**Instituciones coordinadoras:** Instituto Ecuatoriano de Cooperación Internacional (INECI), Ministerio de Salud Pública del Ecuador y el Ministerio de Salud de Brasil.

**Problema central:** La lactancia materna, debido a sus nutrientes primarios, aumenta las probabilidades de “*sobrevivencia de los niños y niñas*” en el país, por ende, es primordial para la alimentación de los infantes, reduciendo “*la tasa de mortalidad infantil por enfermedades infecciosas y respiratorias*”. Sin embargo, en el Ecuador, según los datos del Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR): el 58.0% de los infantes menores a los 6 meses de edad reciben lactancia materna; el porcentaje restante recibe otro tipo de alimentos o no es amamantado, implicando que: a) el 9.4% de niños y niñas menores a los cinco años de edad tengan bajo peso, y b) el 23.2% sufran de desnutrición crónica.

**Objetivos generales:** Implementación del Banco de Leche Materna en el Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora.”

**Objetivos específicos:**

- Asesoramiento al Ministerio de Salud Pública del Ecuador para la ejecución y desarrollo del proyecto.
- Capacitación de profesionales de salud en el manejo de equipos del banco de leche humana.
- Desarrollo de un sistema informativo de bancos de leche humana.
- Prestación de conocimientos técnicos, que permita la instalación de la infraestructura adecuada para el banco de leche humana.

**Población beneficiaria:**

- Se realizaron 38.408 consultas en el Banco de Leche en el HGOIA, durante el período 2008-2011.
- 2234 recién nacidos fueron beneficiados de la leche materna de la sala de neonatología del HGOIA en el período 2008-2011.

**Presupuesto:**

**a)** Gobierno Brasileño otorga al país, un estimado de \$ 48.580 dólares, para la ejecución del proyecto.

**b)** El estado ecuatoriano por su parte entrega \$ 5.300 dólares para el desarrollo de los resultados a ser alcanzados.

